

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)
СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ
И ДРУГИМ ЧАСТНЫМ ВОПРОСАМ**

Учебное пособие

ТОМСК
Издательство СибГМУ
2018

УДК 614.25:616.1/.4-08](075.8)
ББК 51.1(2Рос),2
О 280

Авторы:

Кобякова О.С., Немеров Е.В., Захарова И.В.,
Загрямова Т.А., Балаганская М.А., Старовойтова Е.А., Калачева Т.П.,
Кириллова Н.А., Гладилина Е.К., Куликов Е.С., Федосенко С.В.

Общая врачебная практика (семейная медицина). Сборник
ситуационных задач по внутренним болезням и другим
частным вопросам : учебное пособие / О. С. Кобякова и [др.]
– Томск: Издательство СибГМУ, 2018. – 93 с.

В учебном пособии представлены ситуационные задачи для подготовки к первичной специализированной аккредитации лиц, завершающих в 2018 году подготовку по программам высшего профессионального образования (ординатура) и программам дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка) в рамках специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

УДК 614.25:616.1/.4-08](075.8)
ББК 51.1(2Рос),2

Рецензент:

Черногорюк Г.Э. – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Утверждено учебно-методической комиссией ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 15 декабря 2017 г.).

© Издательство СибГМУ, 2018
© Коллектив авторов, 2018

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сборник ситуационных задач для самостоятельной работы ординаторов и врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» подготовлен с учетом опыта и рекомендаций по составлению ситуационных задач для клинических дисциплин преподавателей ведущих медицинских высших учебных заведений Российской Федерации.

Учебное пособие включает 50 ситуационных задач, которые составлены в соответствии с современными классификациями, стандартами диагностики и лечения различных заболеваний органов и систем в общей врачебной практике.

Представленные в учебном пособии ситуационные задачи входят в Единую базу оценочных средств первичной специализированной аккредитации лиц, завершающих в 2018 году подготовку по программам высшего образования (ординатура) и программам дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка), и предназначены для самоконтроля освоения приобретаемых компетенций в рамках самостоятельной работы ординаторов и врачей по дисциплине «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

CAT	– COPD Assessment Test, тест на оценку ХОБЛ
HbeAg	– антиген е вируса гепатита в
HbsAg	– поверхностный антиген вируса гепатита в
HP	– helicobacter pylori
IgM	– иммуноглобулин М
MCH	– содержание гемоглобина в эритроцитах
MCV	– средний объем эритроцита
NYHA	– new york heart association
SaO ₂	– уровень насыщения артериальной крови кислородом
АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АПФ	– ангиотензинпревращающий фермент
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
БА	– бронхиальная астма
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВН	– временная нетрудоспособность
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ВП	– внебольничная пневмония
ВСДМ	– высота стояния дна матки
ВЭМ	– велоэргометрия
ГБ	– гипертоническая болезнь
ГГТП	– гамма-глутамилтранспептидаза
ГКС	– глюкокортикостероиды
ГЭРБ	– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДНК	– дезоксирибонуклеиновая кислота
ДФА	– дифениламиновая реакция
ЖЕЛ	– жизненная емкость легких

ЖКБ	– желчно-каменная болезнь
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗРП	– задержка развития плода
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИГКС	– ингаляционные глюкокортикостероиды
ИМТ	– индекс массы тела
ИПП	– ингибиторы протонной помпы
ИФА	– иммуноферментный анализ
КДР	– конечно-диастолический размер
КТ	– компьютерная томография
КТГ	– кардиотокография
КФС	– колонофиброскопия
ЛДГ	– лактатдегидрогеназа
МВЛ	– максимальная вентиляция легких
МЕ	– международные единицы
МК	– митральный клапан
МНО	– международное нормализованное отношение
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
НПВП	– нестероидные противовоспалительные препараты
НФС	– нарушение функции сустава
НЯК	– неспецифический язвенный колит
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
ОБ	– острый бронхит
ОВП	– общая врачебная практика
ОГК	– органы грудной клетки
ОЕЛ	– остаточная емкость легких
ОИМ	– острый инфаркт миокарда
ОКС	– острый коронарный синдром
ООЛ	– остаточный объем легких
ОРВИ	– острое вирусное заболевание
ОРЗ	– острое респираторное заболевание
ОФВ ₁	– объем форсированного выдоха за первую секунду

ПСВ	– пиковая скорость выдоха
РА	– ревматоидный артрит
РСВ	– риносинцитиальный вирус
СИТ	– специфическая иммунотерапия
СКФ	– скорость клубочковой фильтрации
СМАД	– суточное мониторирование артериального давления
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СРБ	– С-реактивный белок
ССО	– сердечно-сосудистые осложнения
ТИА	– транзиторная ишемическая атака
ТТГ	– тиреотропный гормон
УВЧ	– онкоцитологическое исследование
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФВД	– функция внешнего дыхания
ФГДС	– фиброгастродуоденоскопия
ФКГ	– фонокардиография
ФСГ	– фолликулостимулирующий гормон
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ЦИК	– циркулирующий иммунный комплекс
ЦОГ	– циклооксигеназа
ЧДД	– частота дыхательных движений
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭКГ	– электрокардиография
ЭОС	– электрическая ось сердца
ЭхоКГ	– эхокардиография

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Больной Д., 48 лет, артист драматического театра, обратился к врачу общей практики с жалобами на внезапно возникшую головную боль, сердцебиение, кардиалгии, чувство тревоги, страха, сухость во рту. Указанные жалобы возникли на репетиции. Повышение АД отмечает последние 2 года, максимально до 170/100 мм рт. ст. Принимал эгилок, амлодипин по назначению врача. АД было в пределах 130–145/80–90 мм рт. ст., а 3 дня назад пациент перестал принимать препараты. Курит 25 лет по 1–1,5 пачке сигарет в день. Отец умер от инфаркта миокарда в 53 года. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца: правая по правому краю грудины, верхняя – 3-е межреберье, левая – 5-е межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии.

При аускультации сердца: тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 96 уд. в мин. АД 190/120 мм рт. ст. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Снижена пульсация артерий стоп, больше справа. Отеков нет. Рост 178 см, вес 87 кг. ИМТ 26,3 кг/м². На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. Неделю назад проводилось исследование ФВД: ЖЕЛ 86%, МВЛ 89%, ОФВ₁ 89%.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*
- 4. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.*
- 5. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для купирования неосложненного гипертонического криза? Обоснуйте свой выбор.*

Задача № 2

Женщина, 70 лет, вызвала врача на дом. Жалобы на интенсивную головную боль, ощущение шума в голове, ушах. Накануне вечером после психоэмоционального стресса появились сильная головная боль, головокружение, выраженное сердцебиение, рвота однократно, онемение лица, которое быстро прошло. При контроле АД – повышение до 220/115 мм рт. ст., пациентка приняла корвалол, 1 таблетку капотена, 1 таблетку андипала. Через 1 час АД 200/105 мм рт. ст. Страдает гипертонической болезнью около 25 лет. Гипотензивные препараты принимает только при выраженных головных болях, подъёме АД. Артериальное давление контролирует эпизодически. Одышка при подъёме по лестнице на один этаж.

Вес 95 кг. Рост 158 см (ИМТ 38,1 кг/м²). В анамнезе хронический некалькулезный холецистит, катаракта обоих глаз. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожа лица гиперемирована, цианоз губ. Окружность талии 101 см. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в минуту. Левая граница сердца на 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС 90 в 1 минуту. АД 230/120 мм рт. ст. Живот увеличен за счёт избытка подкожно-жировой клетчатки. Окружность талии 96 см. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря. Перкуторно печень не выступает из-под края правой рёберной дуги. Размеры по Курлову: 10,5х9х7 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Варикозное расширение вен голени.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, тахикардия, ЧСС 90 в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Индекс Соколова–Лайона 40 мм. Косонисходящая депрессия ST на 0,5–1 мм в I, II, III, aVL, aVF, V4–V6, инверсия зубца T в этих же отведениях. Из амбулаторной карты: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, глюкоза крови – 6,8 ммоль/л (результаты 5-месячной давности).

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.*
- 4. Тактика ведения пациентки. Обоснуйте свой выбор.*
- 5. Какова Ваша тактика в отношении восстановительного лечения? Обоснуйте Ваш выбор.*

Задача № 3

Больной З., 23 лет, студент вуза, обратился к врачу общей практики по месту жительства с жалобами на боли и дискомфорт в подложечной области, возникающие натощак, иногда изжогу. Тошноты и рвоты не было. Стул регулярный, оформленный. Аппетит не изменен.

Из анамнеза: считает себя больным в течение около 3 месяцев, когда впервые стали возникать вышеуказанные жалобы. За медицинской помощью не обращался, не обследовался, не лечился. Курит по пачке сигарет в день в течение 2 лет. Алкоголь употребляет по праздникам (со слов больного). Двоюродный дядя страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Объективно: правильного телосложения, слегка пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

- 1. Каков Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ваше предположение.*
- 2. С какими заболеваниями (состояниями, синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?*
- 3. Следует ли уточнить у больного некоторые анамнестические данные?*
- 4. Каков план обследования больного согласно стандартам диагностики?*
- 5. Какова тактика дальнейшего ведения больного? Возможности медикаментозной и немедикаментозной терапии. Основные группы лекарственных препаратов, схемы лечения согласно стандартам лечения.*

Задача № 4

Мужчина, 45 лет, заболел остро после употребления алкоголя, обильной и острой пищи, появилась ноющая боль в правом подреберье и эпигастральной области. К врачу обратился через 3 суток, когда заметил иктеричность склер, желтушность кожных покровов. Кроме того, беспокоили постоянная тошнота, отрыжка воздухом, выраженная слабость, отсутствие аппетита. Ранее к врачу не обращался. Объективно: пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны, на коже груди, шеи – телеангиоэктазии по типу

сосудистых «звездочек». Тремор пальцев рук. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, зоне Шофара. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее острый плотный, поверхность гладкая. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 115/60 мм рт. ст. ЧСС 68 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Лабораторное обследование: АСТ, АЛТ – увеличены в 2 раза; ЩФ – в пределах нормы; ГГТП – увеличена до 3 норм; вирусные маркеры (HbsAg, HbeAg, антитела к вирусу гепатита В и С) – отрицательны.

- 1. Какова дифференциальная диагностика патологии печени у данного больного?*
- 2. Какую информацию по анамнезу необходимо уточнить у больного?*
- 3. Какие лабораторные и инструментальные исследования следует провести согласно стандартам диагностики?*
- 4. Какое исследование печени подтверждает окончательный диагноз у данного пациента?*
- 5. Тактика дальнейшего ведения больного. Стандарты терапии.*

Задача № 5

Больной С., 45 лет, обратился к кардиологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли жгучего характера, которые локализуются за грудиной, не имеют четкой связи с физической нагрузкой и возникают сразу после приема пищи, боли не проходят после приема нитроглицерина (который больной начал принимать самостоятельно); а также на изжогу, чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом и съеденной пищей. Болен в течение 6 месяцев, ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски, чистые. АД 125/85 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены ритмичные. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю правой реберной дуги, край ровный, при пальпации безболезненный. Стул, со слов больного, без особенностей.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте ваше предположение.*

2. Составьте план обследования данному больному согласно стандартам диагностики.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите тактику лечения данного больного согласно стандартам лечения.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациенту?

Задача № 6

Мужчина, 35 лет, обратился с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, схваткообразные боли в животе, преимущественно в левой половине, похудание, жидкий стул до 5 раз в сутки. Жидкий стул около 3 лет с периодами ухудшения и улучшения. Последние ухудшения около 1,5 месяцев, в стуле появилась примесь крови и слизи. Ранее не лечился, к врачу не обращался. Объективно: правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожные покровы бледноваты, периферические лимфоузлы не увеличены. На слизистой оболочке щек болезненные поверхностные изъязвления. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Сердце и легкие – патологии не выявлено. В анализе крови: анемия, ускорение СОЭ до 25 мм/час.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте ваше предположение.
2. Следует ли уточнить у больного некоторые анамнестические данные?
3. С какими заболеваниями (состояниями, синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
4. Каков Ваш план обследования больного (перечислить обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, которые следует назначить и провести этому пациенту) согласно стандартам диагностики.
5. Определите тактику дальнейшего ведения больного.

Задача № 7

Больной, 67 лет, обратился с жалобами на приступообразную одышку, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно, ночью во время сна. В течение последних 5 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечился. Больной возбужден. Ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Дыхание хриплое, 40 в мин. Пульс 120 в мин., ритмичен, напряжен. Артериальное давление 240/120 мм рт. ст. Левая граница сердца смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм галопа, на аорте акцент 2-го тона. В легких масса сухих хрипов, в нижних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. В анализе мочи существенной патологии нет.

На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия левого желудочка.

- 1. Какой предварительный диагноз можно поставить?*
- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?*
- 3. Назначьте неотложную терапию данному пациенту.*
- 4. Какие исследования необходимы для постановки диагноза?*
- 5. Назначьте плановую терапию больному в соответствии со стандартами лечения данной патологии.*

Задача № 8

Больной, 75 лет, вызвал врача на дом в связи с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10 лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. К врачам не обращался. «Небольшие» приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1–2 мин.) бывали и раньше. За месяц до обращения они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после

физической нагрузки (ходьба по комнате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации.

Анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л; СОЭ 5 мм/час, лейкоциты $7,6 \times 10^9/л$, формула не изменена. Анализ мочи: удельные вес 1,026, белок – следы, лейкоциты и эритроциты 1–2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл.

ЭКГ: PP 0,75 сек, RR 1,65 сек, QR-T 0,48 сек, QRS 0,16 сек.

- 1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?*
- 2. Поставьте предположительный клинический диагноз.*
- 3. Неотложная помощь при данном состоянии.*
- 4. Предложите стандарты обследования больного.*
- 5. Нуждается ли больной в консультации кардиохирурга?*

Задача № 9

Мужчина, 53 года, обратился к врачу общей практики с жалобами на давящие загрудинные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, подъеме по лестнице. Болен 3 недели. Когда больной останавливался, принимал валидол, боли прекращались через 5–6 мин. Врач рекомендовал принимать нитроглицерин, но сослуживцы отговорили больного, объяснив ему, что это «очень сильное лекарство». Работает начальником цеха. Курит, женат, имеет детей 11 и 9 лет. Мать страдает гипертонической болезнью с 50 лет; отец умер в 52 года «от сердца».

Объективно: нормального питания, пульс 72 в 1 мин, ритмичен, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны ритмичные, звучные. АД 130/75 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезнен. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена, снижение зубца Т в левых грудных отведениях.

- 1. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному?*
- 2. Какие исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?*
- 3. Тактика ведения больного (с учетом существующих стандартов).*

4. *Во время вашего осмотра у больного возник очередной приступ боли за грудиной. Ваши действия.*
5. *Назначьте лечение данному больному.*

Задача № 10

Пациентка, 32 года, обратилась к врачу общей практики по поводу общей слабости, утомляемости, сонливости днем. При осмотре обнаружены бледность кожи, ломкость ногтей, сухость кожи, выпадение волос, глоссит. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС 96 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. На верхушке и в точке Боткина выслушивается систолический шум. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Месячные по 6–7 дней, обильные.

Общий анализ крови: гемоглобин 67 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,7, тромбоциты 250×10^9 /л, лейкоциты $5,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 18 мм/ч.

1. *Выделите клинические синдромы, который выступают на первый план в клинической картине заболевания. Обоснуйте Ваше предположение.*
2. *Поставьте предположительный клинический диагноз. Укажите наиболее вероятную причину болезни.*
3. *Какие исследования необходимо провести для подтверждения Вашего диагноза?*
4. *С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?*
5. *Назначьте лечение, оцените его эффективность и побочные явления.*

Задача № 11

Мужчина, 24 лет, строитель, обратился с жалобами на боли и припухлость правого голеностопного сустава, появление струпьев на подошвах. Указанные явления появились 2 месяца назад. В прошлом травм голеностопного сустава не было. При опросе больного установлено, что 3 недели назад был короткий эпизод «розовой окраски глаз», 2 раза возникали боли при мочеиспускании. Пациент сексуально активен, имеет несколько партнерш. Температура тела 38,2 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. АД 125/85 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный.

Печень нормальных размеров. Голеностопный сустав опухший, горячий на ощупь, кожа под суставом гиперемирована, движения ограничены из-за болей. Два пальца правой ноги диффузно опухшие и болезненные. На подошвах – множественные папулезные высыпания.

- 1. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному? Перечислите диагностические критерии заболевания.*
- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?*
- 3. Какие исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?*
- 4. Назначьте лечение данному больному.*
- 5. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности и медико-социальную экспертизу с учетом клинического и трудового прогноза. Определите специалиста, у которого пациент должен наблюдаться.*

Задача № 12

Больная Ш., 45 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на боли в мелких и крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда.

Больна 7 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен по 50–75 мг в сутки или напроксен по 0,5 г в сутки). При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. Анализ крови: эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 116 г/л, лейкоциты 9×10^9 /л, СОЭ 50 мм/час. Латекс-тест 1:6,4.

Рентгенография кистей: околоуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные узурсы.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Перечислите диагностические критерии заболевания.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какое значение имеет латекс-тест?*
- 4. Назначьте лечение пациенту с данной патологией.*
- 5. Определите тактику ведения больной. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности и медико-социальную экспертизу с учетом клинического и трудового прогноза.*

Задача № 13

Причина вызова на дом к мужчине 45 лет – сильная боль в правой стопе. При сборе анамнеза выясняется, что накануне был в гостях на дне рождения друга, где употреблял шашлыки и красное вино. Боль началась внезапно, около 6 часов утра, и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Такое состояние возникло впервые в жизни.

При осмотре кожа над суставом большого пальца резко гиперемирована, горячая на ощупь, отек распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны.

В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс ритмичный, ЧСС 88 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*
- 4. Укажите принципы стандартов лечения данного заболевания.*
- 5. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности и медико-социальную экспертизу с учетом клинического и трудового прогноза.*

Задача № 14

Больной З., 48 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на одышку постоянного характера, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке. Курит в течение 25 лет по 1,5–2 пачки в день. Вначале беспокоил кашель с отделением небольшого количества светло-серой мокроты, периодически – зеленоватого цвета. 5 лет назад стала появляться одышка. В течение последнего месяца, после перенесенного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела желто-зеленый цвет.

Объективно: грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки – легочный звук с коробочным оттенком. ЧД – 22 в 1 мин. При аускультации легких – дыхание жесткое, по всем легочным полям рассеянные сухие низкотембровые хрипы. Границы сердца в норме, тоны приглушены. Пульс 84 в минуту, ритмич-

ный, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

На рентгенограмме органов грудной клетки признаки эмфиземы и пневмосклероза легких. Общий анализ мокроты: лейкоциты 150 в поле зрения, эпителий плоский – много.

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз. На каком основании он поставлен?*
- 2. С какими заболеваниями (состояниями, синдромами) следует проводить дифференциальную диагностику у данного больного?*
- 3. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза и уточнения степени тяжести заболевания?*
- 4. Что характерно для обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания?*
- 5. Составьте план лечения данного больного.*

Задача № 15

Больная А., 18 лет, студентка, пришла на прием к участковому терапевту с жалобами на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), «свист в груди», приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в университете. Через 2–3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося «свистом в груди» и мучительным сухим кашлем. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Температура до 37,8 °С, поэтому обратилась в поликлинику. Объективно: температура 37,5 °С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время форсированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Тоны сердца ясные, несколько приглушены. Пульс 85 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряже-

ния, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Остальные данные объективного обследования без особенностей.

Результаты дополнительного обследования:

Общий анализ крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 120 г/л, цветовой показатель 0,9, тромбоциты 230×10^9 /л, лейкоциты 10×10^9 /л, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 53%, лимфоциты 32%, моноциты 8%, СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, удельный вес 1,020, белок 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты 3–5 в п./зр., эритроцитов нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ умеренно положительный.

Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.

Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту.

Исследование функций внешнего дыхания: жизненная емкость легких 95%, форсированная жизненная емкость легких 75%, объем форсированного выдоха за 1 секунду 71% от должной величины.

1. *Сформулируйте предварительный диагноз.*

2. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*

3. *Укажите основные выявленные Вами синдромы и их патогенез.*

4. *Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки окончательного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования, показания для консультации специалиста.*

5. *Укажите место проведения лечения, цели, тактику и принципы лечения данного заболевания.*

Задача № 16

Больной К., 29 лет, заболел неделю назад: появились головные боли, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до $37,2$ °С. Участковым врачом установлен диагноз: ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение (обильное горячее питье, аспирин 500 мг 3 раза в день), состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры до $39,0$ °С, усилился кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, появилась одышка инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общая сла-

бость, потеря аппетита. Болел пневмонией несколько лет назад, медицинской документации нет. Два месяца назад освобожден из мест лишения свободы.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Варикозное расширение вен левой голени. Отеков нет. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При перкуссии – притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД 22 в 1 минуту. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Результаты дополнительного обследования:

Общий анализ крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 120 г/л, цветной показатель 0,9, тромбоциты $240 \times 10^9/л$, лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 52%, лимфоциты 32%, моноциты 8%, СОЭ 30 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачная, удельный вес 1,020, белок 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты 3-5 в п/зр., эритроцитов нет, цилиндров нет.

Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ – умеренно положительный.

Рентгенография легких: на фоне эмфиземы и умеренного пневмофиброза в области верхней доли правого легкого определяется неомогенная очаговая тень.

1. *Сформулируйте предварительный диагноз.*
2. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
3. *Укажите основной выявленный Вами синдром и его патогенез.*
4. *Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии. Укажите необходимые для постановки окончательного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования, показания для консультации специалиста.*
5. *Укажите место проведения лечения, цели, тактику и принципы лечения данного заболевания.*

Задача № 17

К участковому терапевту обратилась больная М., 27 лет. Две недели назад у неё появились слабость, потливость, субфебрильная

температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась самостоятельно, «по совету знакомых медиков» принимала антибиотик амоксициллин без улучшения. Одышка нарастала, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева ниже IV ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Границы сердца в пределах нормы, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС 88 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты 12×10^9 /л, палочкоядерные 2% сегментоядерные 80%, лимфоциты 12%, моноциты 6%, СОЭ 38 мм/час.

- 1. Укажите выявленный Вами ведущий синдром, его патогенез и механизмы формирования симптомов.*
- 2. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому в отношении данной патологии, сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз с учетом предполагаемой этиологии заболевания.*
- 3. Укажите возможные методы верификации выявленного синдрома.*
- 4. Определите план дальнейшего этапа обследования с указанием возможных результатов.*
- 5. Определите и обоснуйте тактику дальнейшего ведения больной.*

Задача № 18

Пациентка, 35 лет, впервые обратилась к участковому врачу после переезда из другого города с жалобами на приступообразный кашель по утрам с отделением небольшого количества вязкой, слизистой мокроты, иногда (больше в ночное время) переходящий в приступ удушья (не более 2 раз в неделю), купирующийся ингаляциями сальбутамола, небольшую слабость. Больной себя считает около 5 лет, когда стала отмечать у себя заложенность носа, возникновение приступов кашля, часто по ночам; эпизоды дыхательного дискомфорта при физической нагрузке. В поликлинике по месту прежнего жительства состояние расценивалось как хронический бронхит.

Объективно: нормостенического телосложения, температура 36,6 °С. Над легкими дыхание везикулярное, ослабленное, большое

количество сухих свистящих хрипов по всей поверхности легких. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Остальные данные объективного обследования без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 128 г/л, цветной показатель 0,89, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы 11%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 66%, лимфоциты 14%, моноциты 3%, СОЭ 14 мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, вязкая, лейкоциты 2–4 в поле зрения, МВТ не обнаружены. Спирограмма: ЖЕЛ 100%, ФЖЕЛ 88%, ОФВ₁ 72% от должного. После ингаляции 200 мкг сальбутамола прирост ОФВ₁ составил 16%.

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз согласно существующей классификации.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Укажите выявленный Вами ведущий синдром и его патогенез.*
- 4. Укажите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной.*
- 5. Определите принципы лечения данной больной в соответствии с общепризнанными клиническими рекомендациями.*

Задача № 19

К участковому терапевту обратился больной, 52 лет, рабочий, с жалобами на кашель с трудноотделяемой слизисто-гноющей мокротой (количество которой увеличилось до 50 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; слабость, недомогание.

Курит 25 лет по пачке сигарет в день. Около 10 лет назад стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Обострения ежегодно, обычно в осенне-зимний период и длятся 2–3 недели, когда кашель усиливается и увеличивается количество мокроты, иногда возникает субфебрилитет. Постепенно появилась и прогрессивно нарастает одышка.

Объективно: температура тела 37,3 °С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный

звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД 20 в минуту. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами – ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 90 в минуту. АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Результаты дополнительного обследования: Общий анализ крови: эритроциты $5,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 150 г/л, цветной показатель 1,0; тромбоциты 240×10^9 /л, лейкоциты $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 53%, лимфоциты 32%, моноциты 8%, СОЭ 10 мм/час.

Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский 4–6 в п/зр., лейкоциты 15–20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, удельный вес 1,020, белок 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты 3–5 в п/зр., эритроцитов нет, цилиндров нет.

Спирограмма. После ингаляции 400 мкг сальбутамола прирост ОФВ₁ составил 6%. Постбронходилатационный показатель ОФВ₁/ФЖЕЛ 62%, ОФВ₁ 52% от должного.

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.*
- 2. Укажите характер симптомов и фактор риска, которые позволяют заподозрить данный диагноз.*
- 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 4. Укажите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз у данного больного.*
- 5. Определите принципы лечения данного больного в соответствии с общепризнанными клиническими рекомендациями.*

Задача № 20

Больной К., 57 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на умеренную общую слабость, быструю утомляемость, боль и жжение в языке, особенно при употреблении кислой пищи, тяжесть в эпигастральной области, легкие болевые ощущения в ногах в виде «покалывания булавок, иголок», онемение конечностей, ощущение холода, «ватных ног». Считает себя больным в течение 1 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре отмечается небольшая желтушность кожных покровов, видимых слизистых. В легких дыхание везикулярное. АД 140/70 мм рт. ст., ЧСС 96 в минуту. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: гемоглобин 70 г/л, цветной показатель 1,4, тромбоциты 110×10^9 /л, лейкоциты 2,5 тыс., нейтрофилы палочкоядерные 5%, сегментоядерные 56%, моноциты 10%, лимфоциты 29%, СОЭ 12 мм/ч, макроцитоз, гиперсегментация нейтрофилов.

1. *Предположите наиболее вероятный диагноз.*
2. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
3. *Какие исследования подтверждает окончательный диагноз у данного пациента?*
4. *Укажите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз у данного больного.*
5. *Определите тактику ведения больного, составьте план лечения.*

Задача № 21

Больная С., 34 лет, предъявляет жалобы на боль в области сердца, одышку, отеки голеней. Заболела во время эпидемии гриппа: повысилась температура до 39,5 °С, появились катаральные явления в носоглотке. Через 5 дней состояние улучшилось: нормализовалась температура, исчезли катаральные явления в носоглотке. Спустя неделю после этого появились боли в области сердца, стала нарастать одышка, появились отеки на голенях.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны органов дыхания без патологий. Сердце: смещена левая граница сердечной тупости до среднеключичной линии, тоны сердца глухие, на верхушке и в 5-й точке систолический шум. ЧСС 92 в 1 мин. Пальпируется край печени, селезенка не увеличена.

Обследования: СОЭ 22 мм/час, АСТ 94 ммоль/л, АЛТ 126 ммоль/л, СРБ отриц., тимоловая проба 1,5 ед., ЭКГ-блокада левой ножки пучка Гиса, ФКГ: амплитуда тонов низкая, 1-й и 2-й тоны расщеплены на верхушке, систолический низкоамплитудный шум во всех точках.

ЭхоКГ: полости умеренно дилатированы, КДР 58, гипертрофии стенок нет, клапаны сердца не изменены, регургитация на МК (++)

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какова возможная причина заболевания?*
- 2. Укажите необходимые для постановки окончательного диагноза дополнительные лабораторно-инструментальные исследования.*
- 3. Составьте план лечения данного заболевания.*
- 4. Какие возможные исходы данного заболевания Вы знаете?*
- 5. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности и медико-социальную экспертизу с учетом клинического и трудового прогнозов.*

Задача № 22

Больная Е., 26 лет, в течение 8 лет страдает бронхиальной астмой, состояла на диспансерном учете у участкового терапевта. Приступы возникают 1–2 раза в неделю при вдыхании сильных запахов, при контакте с домашними животными. Обострения заболевания отмечаются в осенне-весенний период во время цветения растений.

Из анамнеза: бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. Спирография: ОФВ₁ и ПСВ > 80%; колебания ПСВ 20–30% от должного. Во время приступов больная пользуется сальбутамолом.

Объективно: грудная клетка обычной формы, при аускультации дыхание жесткое, при пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки.

- 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте программу лечения данной больной.*
- 4. Какие побочные эффекты ингаляционных стероидов Вы знаете и как их предотвратить?*
- 5. Целесообразно ли в данном случае проведение гипосенсибилизации?*

Задача № 23

Больная Д., 67 лет, работает вахтером, обратилась к участковому терапевту с жалобами на боль в правом коленном суставе, утреннюю скованность до 30 минут, тугоподвижность сустава и хруст в нем при движении, особенно при подъеме или спуске по лестнице.

Заболевание началось 5 лет назад, появились боли в данном суставе с небольшой утренней скованностью, хрустом при движении, в дальнейшем эти изменения прогрессировали.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 162 см, вес 85 кг, ИМТ 32 кг/см². В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс ритмичный, ЧСС 84 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Деформация правого коленного сустава, ограничение подвижности в пораженном суставе, гипотрофия мышц.

Анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, общий белок 75 г/л, СОЭ 10 мм/ч.

Рентгенография правого коленного сустава: признаки околоуставного остеопороза, субхондральный остеосклероз, сужение суставной щели, множественные остеофиты.

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте программу немедикаментозного лечения данной больной.*
- 4. Составьте программу медикаментозного и хирургического лечения данной больной.*
- 5. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности и медико-социальную экспертизу с учетом клинического и трудового прогнозов.*

Задача № 24

Больной Г., 45 лет, учитель, курит длительное время. Обратился к врачу общей практики с жалобами на загрудинную боль, возникающую после физической нагрузки, без иррадиации, продолжительностью до 9 ч. В анамнезе 10 лет артериальная гипертензия (АД до 160/100 мм рт. ст.). Гипотензивные препараты не принимает. Наследственность по гипертонической болезни отягощена.

Объективно: ИМТ 30 кг/м²; АД 135/90 мм рт. ст., при аускультации ритм правильный, ЧСС 72 ударов в минуту, шумы не выслушиваются. На ЭКГ при поступлении: ритм синусовый с частотой 72 уд/мин, отрицательные зубцы «Т» по типу ишемии в отведениях V1–V5.

Пациент госпитализирован в кардиологическое отделение с подозрением на ОИМ. В процессе наблюдения ОИМ исключен, на 21-й

день лечения в стационаре больной был выписан с диагнозом: ИБС, впервые возникшая стенокардия.

Наблюдался в городском кардиологическом диспансере. Выяснено, что в течение 3 месяцев у больного отмечается чувство жжения в нижней трети грудины с распространением его по ходу пищевода к горлу продолжительностью от 1 до 5 мин. Жжение появляется во время наклона туловища вперед или после еды, в положении лежа. Нередко отмечал его появление и в ночное время. Днем обычную физическую нагрузку переносил хорошо. Нитроглицерином боль не купировал, существенное уменьшение ее при быстрой ходьбе или при подпрыгивании на месте с дополнительным приемом нескольких глотков воды. Проведены ВЭМ и холтеровское мониторирование ЭКГ с отменой всех антиангинальных препаратов. При нагрузке 150 Вт и достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений (152 уд/мин) проба оказалась отрицательной. По суточному ЭКГ мониторингу: ЧСС от 80 до 150 уд/мин, нарушений ритма сердца и эпизодов ишемии миокарда не выявлено. На УЗИ сердца зон дискинезии нет, клапанный аппарат без особенностей. Рентгенография с барием пищевода и желудка: акт глотания не нарушен, пищевод без особенностей, кардия плотно не смыкается; в положении по Тренделенбургу отмечается затекание контрастного вещества в пищевод и пролабирование складок желудка; желудок обычной формы, величины и положения.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*
- 4. Какие группы препаратов Вы назначите для лечения данной патологии?*
- 5. Определите прогноз данной патологии у пациента.*

Задача № 25

Больной С., 39 лет, обратился к врачу общей практики с сильной болью и жжением в подложечной области и за грудиной в нижней трети после обильного приема пищи. Боль сопровождалась слабостью и тошнотой.

При сборе жалоб и анамнеза заболевания выяснено, что характерные жалобы появлялись и раньше после приема острых или слад-

ких блюд. Ранее проводимая ФГДС также не выявила никаких изменений в верхних отделах ЖКТ.

Обследование. ОАК. лейкоциты $9,5 \times 10^9$ /л; биохимия крови МВ КФК 14 ЕД/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена, переходная зона в V3. ФГДС: визуально патологии желудка и пищевода не выявлено. В дальнейшем пациент обследовался в поликлинике.

Выполнена повторно ФГДС: никаких изменений в верхних отделах ЖКТ не выявлено, проведен тест Бернштейна – положительный результат, что позволило диагностировать неэрозивную гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*
- 4. Какие группы препаратов Вы назначите для лечения данной патологии?*
- 5. Определите прогноз данной патологии у пациента.*

Задача № 26

К врачу общей практики обратилась первобеременная, 28 лет, с жалобами на слабое шевеление плода в течение 2 дней. Срок беременности 36 недель. Дно матки между пупком и мечевидным отростком (30 см над лоном), сердцебиение плода глухое, ритмичное. АД 155/95 мм рт. ст. Цифры АД при взятии на учёт (11 недель) 140/90 мм рт. ст. Повышение АД отмечает с 25 лет, по поводу чего не обследовалась.

- 1. Сформулируйте клинический диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Перечислите основные причины развития задержки развития плода (ЗРП).*
- 4. Перечислите основные методы исследования состояния плода.*
- 5. Назначьте дальнейшую тактику ведения.*

Задача № 27

К врачу общей практики обратилась женщина 25 лет. Жалобы на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приёмом пищи. Анамнез: менструации с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налётом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота до 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорождённого, придатки не увеличены.

1. *Выявите проблемы женщины.*
2. *Сформулируйте диагноз.*
3. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
4. *Оцените состояние женщины.*
5. *Определите дальнейшую тактику ведения.*

Задача № 28

К врачу общей практики обратилась беременная женщина, 26 лет, срок беременности 36 недель. Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в первой половине протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140–85 мм рт. ст, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100–180/110 мм рт. ст., пульс 85 ударов в минуту. Выраженные отёки на голенях, передней брюшной стенке, лице. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть – головка, сердцебиение плода 140 ударов в минуту.

1. *Выявите проблемы женщины.*
2. *Сформулируйте диагноз.*
3. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
4. *Оцените состояние женщины. Определите, какие осложнения возможны.*
5. *Определите дальнейшую тактику ведения.*

Задача № 29

На приёме женщина, 30 лет. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, слабость, головокружение, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 37 недель.

Анамнез: менструации без особенностей. Беременность вторая, первая закончилась родами два года назад. Данная беременность протекала без осложнений. В течение двух последних недель появились отеки, белок в моче, повысилось АД до 140/85–150/90 мм рт. ст., при исходном 110/70 мм рт. ст. Женщине была предложена госпитализация в акушерский стационар, от которой она отказалась, лечение не проводилось.

Объективно: кожа и слизистые бледные, АД 170/95–150/90 мм рт. ст., пульс 96 уд/мин. Окружность живота 90 см, высота дна матки 35 см. Матка асимметричной формы, плотная, болезненная, не расслабляется, части плода определить не удаётся из-за тонуса и резкой болезненности матки. Сердцебиение плода не прослушивается. Из влагалища выделяется тёмная кровь со сгустками.

- 1. Выявите проблемы женщины.*
- 2. Сформулируйте диагноз.*
- 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 4. Оцените состояние женщины. Оцените степень отслойки плаценты.*
- 5. Определите дальнейшую тактику ведения.*

Задача № 30

Поступил вызов к беременной женщине, 22 лет, срок беременности 38 недель.

Жалобы на головную боль, ухудшение зрения. При обследовании у беременной появились мелкие фибриллярные подёргивания мышц лица и рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта появилась пена, окрашенная кровью. АД 170/110–175/110 мм рт. ст., приступ продолжался 1,5 минуты.

- 1. Выявите проблемы женщины.*
- 2. Сформулируйте диагноз.*
- 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 4. Оцените состояние женщины..*
- 5. Определите дальнейшую тактику ведения.*

Задача № 31

На приёме у врача больная 49 лет. Жалобы: на плохое самочувствие, бессонницу, потливость, приступы приливов жара, которые повторяются до 15 раз в сутки.

Анамнез: половая жизнь с 20 лет. Было двое родов, 2 медицинских аборта, которые прошли без осложнений. Менструальный цикл установился в 13 лет, был регулярным до 47 лет. В последние два года менструации стали короткими, редкими, нерегулярными. Больную стали беспокоить головные боли, нарушился сон, появились приступы болей за грудиной по типу «стенокардии», приступы приливов, жара.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 36,8 °С, АД 140/90 мм рт. ст., пульс 82 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. В лёгких патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный.

Бимануальное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище свободное, шейка обычной консистенции. Матка в anteversio-flexio, не увеличена, тугоэластичной консистенции, безболезненна, подвижная. Своды свободные, придатки не определяются. Выделения светлые.

- 1. Выявите проблемы женщины.*
- 2. Сформулируйте диагноз.*
- 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 4. Оцените и обоснуйте степень тяжести заболевания.*
- 5. Определите дальнейшую тактику ведения.*

Задача № 32

На приём к врачу общей практики обратилась пациентка 29 лет. Жалобы на тупые, ноющие боли, чувство тяжести внизу живота, увеличение живота.

Анамнез: менструации с 19 лет, длительностью по 3–5 дней нерегулярные, болезненные. Замужем с 24 лет, в течение 5 лет при регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступала. В течение последних 6 месяцев появились боли в животе, наблюдается увеличение живота, беспокоят частые мочеиспускания.

Объективно: женщина пониженного питания, кожные покровы бледные, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Живот увеличен

в размере, при глубокой пальпации над симфизом справа через брюшную стенку пальпируется плотная бугристая опухоль.

1. *Выявите проблемы женщины.*
2. *Сформулируйте диагноз.*
3. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
4. *Определите дополнительные методы обследования.*
5. *Определите показания к госпитализации.*

Задача № 33

К врачу общей практики обратилась женщина 43 лет. Жалобы: на значительное кровотечение из половых путей в течение 8 дней. Сегодня кровотечение усилилось, у женщины появились головокружение, слабость, шум в ушах. Данное кровотечение было расценено самой женщиной как очередная менструация.

Анамнез: менструальный цикл установился своевременно и был нормальным до 40 лет. В течение последних трёх лет менструации стали более обильными длительными. Половая жизнь с 23 лет, было двое родов и один аборт без осложнений. В течение последних 10 лет женщина не беременеет, хотя и не предохраняется. Три года назад обнаружено увеличение размеров матки до 5–6 недель беременности. Лечение не было рекомендовано, так как размеры опухоли были большими.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледноватые. АД 100/70–110/65 мм рт. ст., пульс 86 ударов в минуту ритмичный. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Мочеиспускание не нарушено.

Наружные половые органы сформированы правильно. Шейка при осмотре зеркалами без патологии. Матка в нормальном положении, безболезненная, увеличена до 10–11 недель, поверхность ровная, гладкая, плотноватой консистенции, своды свободные, придатки не определяются. Выделения кровянистые, в умеренном количестве.

1. *Выявите проблемы женщины.*
2. *Сформулируйте вероятный диагноз.*
3. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
4. *Определите дополнительные методы обследования.*
5. *С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у данной пациентки?*

Задача № 34

На приём к врачу общей практике обратилась женщина 25 лет. Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку. Кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: считает себя беременной, последняя менструация 5 недель назад.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90/55 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щёткина–Блюмберга положительный. При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

- 1. Выявите проблемы женщины.*
- 2. Сформулируйте диагноз.*
- 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 4. Определите дополнительные методы обследования.*
- 5. Определите тактику на догоспитальном этапе.*

Задача № 35

На приём к врачу общей практики обратилась женщина 35 лет. Жалобы: на сильные, постоянные боли в животе, которые возникли после физического напряжения, продолжаются в течение 4 часов.

Анамнез: менструальная функция без особенностей, было двое родов, 2 медицинских аборта. В течение последних 5 лет жизни при регулярной половой жизни и без применения контрацептивов беременность не наступает.

Объективно: состояние средней тяжести, положение вынужденное, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. Сердце и лёгкие без особенностей. Живот слегка вздут, напряжён, не участвует в акте дыхания, при пальпации резкая болезненность, особенно в нижних отделах. Симптом Щёткина–Блюмберга положительный. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером с куриное яйцо, малоподвижное, резко болезненное.

- 1. Выявите проблемы женщины.*
- 2. Сформулируйте диагноз.*
- 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 4. Определите причину заболевания.*
- 5. Определите тактику на догоспитальном этапе.*

Задача № 36

Больной Б., 20 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, незначительную головную боль, насморк, чувство першения в горле и тошноту. Поставлен диагноз ОРВИ, назначены колдрекс и полоскание ротоглотки антисептическими растворами. Однако самочувствие пациента продолжало ухудшаться: исчез аппетит, температура тела повысилась до 38 °С, появилось чувство тяжести в области правого подреберья, была однократная рвота. На 4-й день больной отметил потемнение мочи и обесцвечивание кала.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,8 °С. Иктеричность кожных покровов, склер и слизистой оболочки мягкого неба; экзантемы и энантемы нет. Язык слегка обложен желтым налетом, влажный. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, пульс 52 удара в минуту. Живот несколько вздут, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Нижний край печени на 2 см ниже реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, слегка болезненный. Пальпируется нижний полюс селезенки. Моча темная, кал обесцвеченный.

Из эпидемиологического анамнеза: в общежитии, где проживает больной, подобные симптомы заболевания отмечены еще у 2 человек.

- 1. Укажите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Представьте обоснование предполагаемого диагноза.*
- 3. Составьте алгоритм обследования больного.*
- 4. Укажите специфические маркеры данного заболевания.*
- 5. Определите тактику ведения больного.*

Задача № 37

В поликлиническое отделение лечебно-профилактического учреждения обратился больной П., 19 лет. При осмотре предъявлял жалобы на повышение температуры тела, слабость, отсутствие аппетита, сонливость, заложенность носа, появление опухолевидных образований слева и справа на шее.

При объективном обследовании состояние пациента средней степени тяжести, температура тела 38,9 °С. Кожа чистая, нормальной окраски. При пальпации в области шеи определяются увеличенные и умеренно болезненные лимфоузлы (в том числе и заднешейные), плотноэластической консистенции. Аксиллярные и паховые лимфоузлы также увеличены. Разлитая гиперемия слизистой ротоглотки, гиперемия и отечность миндалин. Увеличение печени и селезенки.

В ОАК лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы 17%, палочкоядерные нейтрофилы 2%, лимфоциты 64%, моноциты 17%, эозинофилы 0%, атипичные мононуклеары (15%), СОЭ 20 мм/час.

- 1. Укажите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Представьте обоснование предполагаемого диагноза.*
- 3. Составьте план специфических исследований и приведите диагностические маркеры данного заболевания.*
- 4. Определите тактику ведения больного.*
- 5. Укажите возможные исходы инфекционного процесса при данном заболевании.*

Задача № 38

Больная С., 24 года, обратилась к участковому врачу в 1-е сутки заболевания с жалобами на умеренную головную боль в области лба и глазниц, сухой кашель, неприятные ощущения за грудиной и заложенность носа. Заболела остро, температура тела повысилась до 38,4 °С, отмечались потливость, чувство ломоты во всем теле, боли в мышцах спины и конечностей, не смогла продолжать занятия. В группе имеются студенты с насморком и кашлем.

При осмотре выявлены среднетяжелое состояние, гипергидроз, гиперемия кожи лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив, яркая диффузная гиперемия и отечность слизистой ротовой полости, мягкого неба и язычка с обильной мелкой зернистостью. Дыхание везикулярное, 18 в минуту, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, пульс 96 ударов в минуту, АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Диспептических явлений нет. Менингеальные явления отсутствуют.

- 1. Укажите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Представьте обоснование предполагаемого диагноза.*
- 3. Приведите спектр инфекционных заболеваний, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз в данной клинической ситуации.*
- 4. Определите лечебную тактику в данной клинической ситуации.*
- 5. Приведите перечень показаний к госпитализации больных при данном заболевании.*

Задача № 39

Пациент М., 43 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на сыпь на коже и умеренный кожный зуд.

Из анамнеза: эти жалобы беспокоят пациента в течение двух часов. Выяснено, что со вчерашнего дня самостоятельно начал прием поливитаминов с профилактической целью.

Анамнез жизни без особенностей. Ранее подобных симптомов не отмечалось. Объективный статус: со стороны внутренних органов без особенностей. Температура тела в норме. ЧД 16 в мин. ЧСС 86 в мин. АД 135/80 мм рт. ст. Физиологические отправления в норме. На коже предплечий распространенная сыпь, местами сливная. Единичные высыпания на коже живота.

- 1. Определите морфологический элемент сыпи и сформулируйте клинический диагноз.*
- 2. Назовите критерии степени тяжести крапивницы.*
- 3. Определите тактику ведения этого пациента: назначение амбулаторного лечения / назначение амбулаторного лечения и наблюдение за пациентом в течение 6 часов / экстренная госпитализация в стационар. Обоснуйте выбор.*
- 4. Какое медикаментозное лечение показано пациенту? Обоснуйте. Назовите несколько лекарственных средств.*
- 5. Назовите показания к назначению и схемы назначения глюкокортикостероидов при крапивнице.*

Задача № 40

Во время профилактического осмотра пациента Н., 53 лет, Вы обратили внимание на образование на левой щеке, размером 0,5х1,2 см.

При дальнейшем расспросе выяснено, что образование существует давно, особенно не беспокоит, кроме проблем с бритьем. Последнее время стал задевать лезвием бритвы, так как «родинка» увеличилась в размере и стала немного возвышаться.

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.*
- 2. Опишите как может выглядеть данное патологическое изменение кожи.*
- 3. Что представляет собой дерматологическое правило «АКОРД»?*
- 4. Какова тактика врача общей практики в данном случае?*
- 5. Перечислите факторы риска развития меланомы.*

Задача № 41

Ребенок 6 месяцев на приеме у врача общей практики. Мать предъявляет жалобы на повышенную потливость ребенка, беспокой-

ный сон, вздрагивание при резких звуках, в течение последнего месяца запоры до 2–3 дней. Ребенок с 2 недель находится на искусственном вскармливании, получает коровье молоко, никаких других продуктов ребенок не получает, в весе прибавляет хорошо. Никакие лекарственные препараты не получает. У матери выяснено, что ребенок бывает на свежем воздухе 1 раз в неделю в связи с холодным временем года.

Из анамнеза: ребенок от второй беременности, вторых родов (старшему ребенку 2 года), родился в срок 39 недель, с массой 3100 г, длиной 52 см.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отмечается повышенная потливость, в складках кожи отмечаются элементы потницы, облысение затылка. Зубов нет. Большой родничок 1,2x1,5 см, выпирание лобных бугров, пальпируются «четки» на ребрах, тонус мышц снижен, «лягушачий» живот. Грудная клетка деформирована (по типу «килевидной»). Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень +3 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Стул в кашицеобразный, 1 раз в 3 дня.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.*
- 4. Назначьте лечение пациенту*
- 5. Какая тактика дальнейшего наблюдения данного пациента?*

Задача № 42

Девочке 4 года, мать обратилась к врачу ОВП с жалобами на быструю утомляемость ребенка, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи.

Анамнез жизни: ребенок от первой нормально протекавшей беременности и родов. Масса при рождении 3200 г, длина 54 см. С 2-недельного возраста на искусственном вскармливании смесью «Малыш». С 4-месячного возраста девочку отправили к бабушке в деревню, где она вскармливалась коровьим молоком, соками, овощами с собственного огорода. Мясо не получала, так как, со слов бабушки, отказывалась от еды, если в его состав входило мясо. Часто

ела мел. Врачами не наблюдалась, профилактические прививки не сделаны. При осмотре кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком. В углах рта «заеды». В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается мягкий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см, селезенка не пальпируется. Моча светлая, стул 1–2 раза в день. Психофизическое развитие соответствует возрасту.

ОАК: гемоглобин 84 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,78, ретикулоциты 3,9%, лейкоциты $7,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 20%, эозинофилы 4%, лимфоциты 64%, моноциты 10%, СОЭ 14 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, билирубин общий 22,5 мкмоль/л, мочевины 3,2 мкмоль/л, железо 3,1 мкмоль/л (норма 10,4–14,2), железосвязывающая способность сыворотки 111 мкмоль/л (норма 63,0–80,0).

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Назначьте лечение пациенту.*
- 4. Обоснуйте тактику дальнейшего наблюдения пациентки.*
- 5. Назовите факторы риска развития анемии у данной пациентки и обоснуйте мероприятия по их профилактике.*

Задача № 43

Во время патронажа к 3-недельному ребенку врач ОВП выясняет, что ребенок с жадностью пьет воду, не берет, а «хватает» грудь, интервалы между кормлениями не выдерживает. Стул со склонностью к запорам, в весе прибавил на 200 г. Из беседы с матерью выяснено, что она спит 6 часов в сутки, гулять выходит не каждый день, кушает 2–3 раза в день, все время у нее уходит на домашние дела.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз и порекомендуйте дополнительные методы диагностики данного состояния.*
- 3. Дайте рекомендации матери по немедикаментозным и медикаментозным методам восстановлению лактации.*
- 4. Дайте рекомендации ребенку по дальнейшему вскармливанию.*
- 5. Назовите причины данного состояния*

Задача № 44

Больной К., 4 года 8 месяцев, осмотрен врачом ОВП по поводу гипертермии и болей в животе. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья повысилась температура до 39,4 °С. Мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, ребенок лежит на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдается отставание грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушиваются.

ОАК: гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы 2%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 24%, моноциты 2 %, СОЭ 22 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

- 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз и порекомендуйте дополнительные методы диагностики данного состояния.*
- 3. Какие группы антибиотиков являются препаратом выбора в данной ситуации?*
- 4. Какие методы профилактики данного заболевания существуют?*
- 5. Назовите показания для госпитализации в стационар.*

Задача № 45

На прием к врачу ОВП принесли ребенка 8 месяцев. Мать предъявляет жалобы на плохую прибавку массы.

Из анамнеза: ребенок родился с массой тела 3200 г, длиной 50 см. До 4 месяцев был на грудном вскармливании, затем переведен на адаптированную смесь. С 5,5 месяца введен один прикорм в виде каши (манной, овсяной), с 6,5 месяца – овощное пюре, с 7 месяцев – мясо. До 5 месяцев развитие соответствовало возрасту, затем отмеча-

лись низкие прибавки массы тела, по 80–100 г, а после 7 месяцев – потеря массы тела. При оценке физического развития его масса тела составляла 7300 г, длина 68 см.

При объективном осмотре живот вздут, при пальпации безболезненный, печень + 1,5 см из-под края реберной дуги. По остальным органам и системам изменений нет. Стул 2–3 раза в день, периодически до 5 раз, пенистый. Мочеиспускание не нарушено.

- 1. Сделайте заключение о имеющемся у ребенка синдроме. Какова наиболее вероятная этиология возникновения данного состояния?*
- 2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить данному ребенку и с какой целью?*
- 3. Каковы сроки введения прикормов у детей на искусственном и естественном вскармливании, какие продукты используются в качестве прикорма у детей первого года жизни?*
- 4. Какие продукты прикорма не должны были вводиться ребенку первого года жизни?*
- 5. Назовите основные принципы лечения целиакии.*

Задача № 46

На приеме у врача ОВП девочка 7,5 месяцев, находится на искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь. Масса 7200 г, рост 62 см, состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Мочеиспускание свободное. Стул 1–3 раза в день, мягко оформленный, без патологических примесей.

- 1. Составьте меню на сутки для данного ребенка.*
- 2. Каковы сроки введения прикормов у детей на искусственном и естественном вскармливании, какие продукты используются в качестве прикорма у детей первого года жизни?*
- 3. Назовите критерии хорошего усвоения ребенком продуктов прикорма.*
- 4. Какие правила введения прикорма существуют?*
- 5. Назовите основные виды молочных смесей. Чем отличаются по составу смеси для детей от 0 до 6 месяцев и смеси для детей от 6 до 12 месяцев?*

Задача № 47

На приеме у врача ОВП девочка 7,5 месяцев, находится на искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь. Мать предъявляет жалобы на затруднение дыхания, одышку, свистящие хрипы, выслушиваемые на расстоянии, повышение температуры тела до 37,9 °С, насморк. Заболела 2 дня назад с появления насморка, повышения температуры тела.

Семейный аллергоанамнез не отягощен.

Объективный осмотр: состояние стабильное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, носовое дыхание затруднено, из носа обильное слизистое отделяемое. В зеве гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. При аускультации дыхание жесткое, над всеми отделами выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Мочеиспускание свободное. Стул 1–3 раза в день, мягкооформленный, без патологических примесей.

- 1. Поставьте диагноз данному ребенку.*
- 2. Назовите причины возникновения обструктивного синдрома у детей раннего возраста.*
- 3. Назовите анатомо-физиологические особенности бронхиального дерева у детей раннего возраста, которые будут способствовать возникновению обструктивного синдрома.*
- 4. Назовите препараты, которые используются для лечения обструктивного синдрома в амбулаторных условиях.*
- 5. Составьте меню на сутки для данного ребенка.*

Задача № 48

На приеме у врача ОВП ребенок 5 лет. Мать предъявляет жалобы на кашель малопродуктивный, повышение температуры тела до 37,9 °С, насморк. Заболел 2 дня назад с появления насморка, повышения температуры тела, затем присоединился кашель.

Семейный аллергоанамнез не отягощен.

Объективный осмотр: состояние стабильное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, носовое дыхание затруднено, из носа обильное слизистое отделяемое. В зеве гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны

сердца ясные, ритмичные. Мочеиспускание свободное. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

- 1. Поставьте диагноз данному ребенку.*
- 2. Назовите этиологию возникновения данного заболевания.*
- 3. Назовите показания для госпитализации детей с данной патологией.*
- 4. Назовите основные принципы лечения острых простых бронхитов у детей.*
- 5. Назовите анатомо-физиологические особенности бронхиального дерева у детей раннего возраста, которые будут способствовать возникновению обструктивного синдрома.*

Задача № 49

Врач ОВП на вызове у ребенка полутора лет. Мать предъявляет жалобы на кашель лающий, осиплость голоса, повышение температуры тела до 37,5 °С, насморк. Заболел 1 день назад остро, с появления насморка, повышения температуры тела, накануне ночью появились лающий кашель, осиплость голоса.

Семейный алергоанамнез не отягощен.

Объективный осмотр: состояние стабильное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, носовое дыхание затруднено, из носа обильное слизистое отделяемое. В зеве гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалина не увеличены, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Мочеиспускание свободное. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

- 1. Поставьте диагноз данному ребенку.*
- 2. Назовите этиологию возникновения данного заболевания.*
- 3. Назовите показания для госпитализации детей с данной патологией и показания для перевода в отделение реанимации.*
- 4. Назовите основные принципы лечения стенозирующего ларинготрахеита у детей.*
- 5. Опишите клинические проявления различных стадий стенозирующего ларинготрахеита.*

Задача № 50

На приеме у врача ОВП ребенок 11 месяцев. Мать предъявляет жалобы на высыпания на коже щек, верхних и нижних конечностей. Высыпания появились около 2 недель назад после употребления в пищу цитрусовых и клубники. Лечение никакого не получали, высыпания без динамики, зуд и расчесы. Данные жалобы беспокоят не первый раз, периодически с 3 месяцев жизни (при нарушении диеты матерью). Семейный аллергоанамнез: у матери сезонный риноконъюнктивит, у бабушки со стороны отца бронхиальная астма. Ребенок на естественном вскармливании, все прикормы введены по возрасту, привит по календарю.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. Кожные покровы сухие, на щеках гиперемия, высыпания папулезные, эксфолиации на щеках, верхних конечностях, ягодицах, участков мокнутия нет. Видимые слизистые чистые, носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В зеве гиперемии нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Мочеиспускание свободное. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

- 1. Поставьте диагноз данному ребенку.*
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.*
- 3. Назовите дополнительные методы обследования, которые можно рекомендовать при данной патологии.*
- 4. Назовите основные принципы лечения атопического дерматита.*
- 5. Назовите антигистаминные препараты, разрешенные для применения в данном возрасте.*

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача № 1

1. Гипертоническая болезнь III стадии, достигнута АГ I степени. Курение. Избыточная масса тела. Атеросклероз сосудов нижних конечностей. Риск 4. Гипертонический криз неосложненный. ХСН 0 стадии. Сопутствующие: Хронический бронхит, ремиссия.
2. Диагноз артериальной гипертензии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 2 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия признаков атеросклероза периферических артерий: снижение пульсации артерий стоп, больше справа). Степень риска 4 ССО поставлена на основании имеющихся у пациента факторов риска (курение, избыточная масса тела, отягощенная наследственность), ассоциированного клинического состояния.
3. Пациенту рекомендовано: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, калий, натрий, креатинин, глюкоза крови, коагулограмма, рентгенография ОГК, СМАД для оценки суточного профиля АД, вариабельности АД; УЗИ сонных артерий, УЗИ почек (для оценки поражения органа-мишени почек), исследование глазного дна, ЭКГ в 12 стандартных отведениях.
4. Ингибиторы АПФ + селективные бета-адреноблокаторы + антагонисты кальция дигидропиридинового ряда или ингибиторы АПФ + антагонисты кальция недигидропиридинового ряда. Выбор ингибиторов АПФ основан на их нефропротективных свойствах. Селективные бета-адреноблокаторы способствуют понижению активности симпатoadреналовой системы. Антагонисты кальция улучшают периферическое кровообращение.
5. Ингибиторы АПФ (каптоприл в дозе 25 мг под язык), или агонисты имидазолиновых рецепторов (физиотенз 0,4 мг од язык), или пролонгированные антагонисты кальция дигидропиридинового

ряда (кордипин-ретард 20 мг). Ингибиторы АПФ оказывают сосудорасширяющее действие, снижают ОПСС (постнагрузку), улучшают внутриклубочковую гемодинамику. Агонисты имидазолиновых рецепторов способствуют угнетению активности симпатической нервной системы (уменьшается ЧСС, снижается АД). Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда оказывают прямое вазодилатирующее действие на гладкие мышцы сосудов.

Задача № 2

1. Гипертоническая болезнь II стадии, достигнутая III степень АГ. Ожирение III ст. Риск 4. Гипертонический криз осложненный. Транзиторная ишемическая атака. ХСН I A стадии. III ФК по NYHA. Сопутствующие: ЖКБ. Хронический холецистит, ремиссия. Катаракта обоих глаз.
2. Диагноз гипертонической болезни установлен на основании жалоб на головную боль, ощущение тяжести в голове, шум в ушах, повышение АД >140/90 мм рт. ст. (подъемы АД до 220–230/115–120 мм рт. ст.), в анамнезе ГБ около 25 лет; признаки поражения органов-мишеней: ГЛЖ (левая граница сердца на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, данные ЭКГ: индекс Соколова–Лайона 40 мм, косонисходящая депрессия ST на 0,5–1 мм в I, II, III, aVL, aVF, V4–V6, инверсия зубца T в этих же отведениях, свидетельствующие о гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки. Наличие у пациентки поражения органов-мишеней, АКС (ХСН и ТИА) позволяют поставить ГБ III стадии, а цифры АД выше 180/110 мм рт. ст. – III степень АГ. Степень 4 риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированных клинических состояний.
3. Пациентке рекомендовано: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, липидный спектр, калий, натрий, креатинин с расчетом СКФ, гликированный гемоглобин, микроальбуминурия тест-полосками, так как у пациентки повышен уровень глюкозы натощак до 6,9 ммоль/л), коагулограмма, рентгенография ОГК, ЭХО-КГ (оценить размеры камер сердца и состояние клапанов, изменение сократимости миокарда), СМАД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, МРТ головного мозга для оценки поражения головного мозга в связи с транзиторной атакой, УЗИ сонных, бедренных артерий (для выявления бес-

симптомного поражения органов-мишеней), УЗИ почек (для оценки поражения органа-мишени почек), исследование глазного дна, консультация невролога.

4. Больной показана срочная госпитализация. В течение первых двух часов лечения следует добиться снижения АД на 20–30 % от исходного уровня. Если этот уровень АД хорошо переносится и пациентка клинически стабильна, то в последующие 2–6 часов необходимо достичь показателя АД до 160/100 мм рт. ст. Терапия пациентов с осложненными ГК должна обязательно проводиться в условиях палат интенсивной терапии, где имеются возможности дозированного внутривенного введения лекарственных препаратов и аппаратура для контроля за показателями гемодинамики.
5. Санаторно-курортное лечение: через 2–3 мес. после транзиторной ишемической атаки (без окклюзии магистральных артерий головы) при достижении целевого АД 140/90 мм рт. ст. проводится в местных санаториях, через 3–4 мес. – на курортах местного региона.

Задача № 3

1. Учитывая жалобы больного (на боли и дискомфорт в подложечной области, возникающие натощак), анамнез (двоюродный дядя страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки), результаты физикального обследования (локальная болезненность при пальпации в эпигастрии) можно предположить наличие у больного язвенной болезни 12-перстной кишки.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с хроническим гастритом, дуоденитом, неязвенной диспепсией, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, раком желудка.
3. Да, следует уточнить регулярность приема пищи, частоту употребления кофе, крепкого чая, алкоголя, стрессовых ситуаций.
4. Общий анализ крови и мочи, кала на скрытую кровь, железо сыворотки, ФГС с обязательной полипозиционной биопсией и морфологическим исследованием слизистой + второй метод для диагностики хеликобактерной инфекции, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, Ph-метрия.
5. При подтверждении диагноза язвенной болезни и в случае выявления гастрита, ассоциированного с НР, согласно Маастрихтскому соглашению и стандартам терапии лекарственные схемы для эрадикации НР первой линии включают ингибитор протонной помпы или ранитидин, висмут цитрат 2 раза в день + амоксицил-

лин по 1000 мг 2 раза в день + кларинтромицин 500 мг 2 раза в день (или метранидазол 500 мг 2 раза в день) в течение 7 дней.

Задача № 4

1. Дифференциальный диагноз проводится между алкогольным гепатитом, токсическим поражением печени пищевыми продуктами, холангитом, обострением хронического панкреатита.
2. В анамнезе следует уточнить факт злоупотребления алкоголем, употребления суррогатов алкоголя, недоброкачественных продуктов питания, имелось ли повышение температуры тела, ознобы, диарея за период ухудшения состояния.
3. Обязательные лабораторные исследования: общий анализ крови, билирубин и его фракции, амилаза, липаза крови, глюкоза крови, общий белок и белковые фракции. Обязательные инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.
4. Необходимо выполнить биопсию печени и провести гистологическое исследование биоптата печени.
5. Воздержание от приема алкоголя, соблюдение диеты соответственно столу № 5 по Певзнеру. Дезинтоксикационная терапия на 7–10 дней, гемодез 200–300мл в/в капельно, 5% раствор глюкозы в/в капельно, витамины В₁, В₆, С, В₁₂ 1000 мкг внутримышечно в течение 6 дней. Полиферментные препараты. Эссенциале в/венно и внутрь. Препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан).

Задача № 5

1. Учитывая, что боли за грудиной не имеют четкой связи с физической нагрузкой и не проходят после приема нитроглицерина, возникают сразу после приема пищи, а также наличие изжоги, чувства тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом и съеденной пищей, следует предположить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.
2. Внутриводная рН-метрия, эзофагогастроуденоскопия, Р-скопия пищевода и желудка + в положении по Тренделенбургу, ЭКГ; общий анализ крови; биохимический анализ крови (тропонин-тест, КФК МВ); общий анализ мочи.
3. Дифференциальную диагностику в первую очередь необходимо провести со следующими заболеваниями: ИБС: стенокардия напряжения, язвенная болезнь.

4. Пациенту показано назначение следующих групп препаратов: прокинетики, антисекреторные препараты (H₂-блокаторы или ингибиторы протонной помпы) в зависимости от результатов дополнительного обследования антациды (фосфалюгель, маалокс и др.).
5. Спать с приподнятым головным концом кровати на 10–15 см, не лежать после еды в течение 1,5 часов, прием пищи 4–5 раз в день небольшими порциями, последний прием не позже чем за 2 часа до сна. Не носить тугую стягивающую одежду, тугих поясов, снизить массу тела, прекратить курение и прием алкоголя.

Задача № 6

1. Учитывая жалобы (повышение температуры тела до субфебрильных цифр, схваткообразные боли в животе преимущественно в левой половине, похудание, жидкий стул до 5 раз в сутки), данные анамнеза (появление в стуле примеси крови и слизи), объективные данные (болезненность при пальпации в левой подвздошной области), можно думать о наличии у пациента неспецифического язвенного колита (НЯК).
2. Да, следует уточнить наличие в кале патологических примесей крови, слизи, гноя. Связь болевого синдрома с актом дефекации, отхождением газов; наличие метеоризма, флатуленции.
3. Дифференциальный диагноз следует проводить с болезнью Крона, опухолью кишечника, синдромом раздраженного кишечника, синдромом микробной контаминации тонкой кишки.
4. Обязательные – общий анализ крови и мочи, копрограмма, кал на скрытую кровь, посев кала на бактериальную флору, КФС с биопсией на цитологическое и гистологическое исследование, биохимическое исследование крови. Дополнительно – УЗИ брюшной полости.
5. Тактика дальнейшего ведения зависит от результатов обследования. Практически при всех возможных вариантах диагноза (кроме колоректального рака и осложненного течения НЯК) – тактика терапевтическая. Необходимо дать пациенту рекомендации по режиму питания и диете (соответственно столу 4–4а и 4б), образу жизни. Основные фармакологические препараты – глюкокортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон), сульфо-препараты – сульфосалазин, салазопиридозин или месалазин (мезакол, салофальк и другие аналоги).

Задача № 7

1. Гипертоническая болезнь II стадии с преимущественным поражением сердца. Гипертонический криз осложненный. Острая левожелудочковая недостаточность. Отек легких.
2. Необходимо исключить ишемическую болезнь сердца как причину отека легких у больного с гипертонической болезнью. После купирования отека легких необходимо провести дифференциальную диагностику между гипертонической болезнью и симптоматической АГ.
3. Неотложная терапия: внутривенное введение лазикса – 80 мг, капельная инфузия 1% нитроглицерина (скорость введения в начале 10-15 капель в минуту), при снижении АД – 6–8 капель в минуту, оксигенотерапия.
4. ЭКГ после купирования гипертонического криза, АСТ, АЛТ, КФК МВ, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, глазное дно, ЭхоКГ, рентгенография легких, УЗИ почек, консультация невропатолога.
5. Плановая терапия АГ-ингибиторы АПФ, бета-блокаторы (до ЧСС 60–70 в минуту), аспирин 200 мг в день, нитраты пролонгированного действия 7–10 дней с последующим приемом перед физической нагрузкой.

Задача № 8

1. В клинической картине ведущим является приступ потери сознания, сопровождающийся судорогами, непроизвольным мочеиспусканием (синдром Морганьи–Эдемса–Стокса). Причиной его развития является полная поперечная блокада сердца и, как следствие, ишемия головного мозга.
2. Предположительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, диффузный кардиосклероз. Полная атриовентрикулярная блокада.
3. Непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, внутривенно капельно изупрел или норадреналин, бикарбонат Na 4% – 20,0 мл. При неэффективности – трансвеннозная электрическая стимуляция сердца.
4. Ведущий синдром необходимо дифференцировать с эпилепсией, обморочными состояниями вестибулярного происхождения (эти приступы распознаются по нормальному пульсу в период припадка), обморочными состояниями при аортальном стенозе, мит-

ральных пороках с тромбом левого предсердия, миксомой левого предсердия.

5. Больному необходима консультация кардиохирурга для решения вопроса об имплантации искусственного водителя ритма.

Задача № 9

1. Так как приступы давящих загрудинных болей возникли недавно, менее 1 месяца назад, можно думать о ИБС: впервые возникшей стенокардии напряжения.
2. АСТ, АЛТ КФК-МВ, тропонины, протромбиновый индекс, холестерин, сыворотки крови, лейкоциты периферической крови, СОЭ, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ. При отсутствии данных за ОКС – ВЭМ, (при необходимости – стресс-ЭхоКГ), коронарография.
3. Подозрение на впервые возникшую стенокардию является показанием для госпитализации. Необходимо вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи и отправить больного в кардиологический стационар.
4. Записать ЭКГ, дать нитроглицерин 1 таблетку под язык для уточнения его антиангинального действия у данного больного.
5. На данном этапе лечение должно включать: нитраты пролонгированного действия (кардикет, мононитраты), аспирин, β -блокаторы.

Задача № 10

1. В клинической картине ведущими синдромами являются анемический (общей слабости, утомляемости, сонливости днем, бледность кожи, систолический шум на верхушке и в точке Боткина) и сидеропенический (ломкость ногтей, сухость кожи, выпадение волос, глоссит).
2. С учетом наличия анемического и сидеропенического синдромов можно предположить наличие хроническая постгеморрагической железодефицитной анемии. Причина болезни – гиперменорея (месячные по 6–7 дней, обильные).
3. Для подтверждения диагноза необходимо определить уровень сывороточного железа и ферритина.
4. В первую очередь необходимо исключить B_{12} -дефицитную анемию и гемолитическую анемию. Для B_{12} -дефицитной анемии характерны повышение цветового показателя, лейкопения

и тромбоцитопения, при гемолитической анемии может встречаться повышение цветового показателя или он в пределах нормы, характерен высокий ретикулоцитоз.

5. Лечение основного заболевания и лечение таблетированными препаратами железа (сорбифер-дурулес, ферроградумент), об эффективности терапии говорит повышение количества ретикулоцитов на 5–7-й день – ретикулоцитарный криз. Побочные явления – возможны тошнота, слабые позывы на рвоту, боли в эпигастральной области, запоры. При непереносимости препаратов солей железа – назначение железосодержащих белковых комплексов внутрь (мальтофер, феррум ЛЕК жевательные таблетки). Продолжительность лечения 4–6 месяцев (1–2 месяца до ликвидации анемии + 2–3 месяца для коррекции дефицита тканевого железа).

Задача № 11

1. У пациента следует предположить реактивный артрит (болезнь Рейтера) на основании диагностических критериев: артрит, конъюнктивит, поражение кожи, уретрит.
2. По ведущему синдрому – суставному – следует проводить (необходимо дифференцировать данное заболевание) дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями: подагрой, ревматоидным артритом, остеоартрозом.
3. Для подтверждения предварительного диагноза необходимо обнаружение хламидий и других возбудителей внутриклеточной инфекции в соскобах слизистой уретры (метод ПИФ, ПЦР).
4. Пациенту показано проведение антибактериальной и противовоспалительной терапии. Антибактериальные препараты тетрациклинового ряда: доксицилин по 0,2 г в сутки в течение 30 дней или макролиды: азитромицин (сумамед) (1-й день – 1 г/сут, далее 0,5 г 1 раз в сутки и далее в течение 30 дней), с последующим подтверждением этиологической излеченности; нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак 50 мг 3 раза в день; ретард 100 мг 1 раз в день, раствор для инъекций 3 мл в/м 1 раз в день; найз 100 мг 2 раза в день или мелоксикам 7,5 мг 1 раз в день; глюкокортикоиды в полость голеностопного сустава однократно: гидрокортизон по 5 мл (125 мг) – 2–5 мл внутрисуставно; кеналог 1 мл (40 мг) – 1 мл внутрисуставно; дипроспан 1 мл (2 мг) и 1 мл (5 мг) по 1 мл внутрисуставно.

5. Пациент временно нетрудоспособен. Средние сроки ВН 30–60 дней. Критерии восстановления трудоспособности: купирование острого артрита, выраженного болевого синдрома, восстановление функции сустава. Показаний на МСЭ на данный момент нет. Если в течение болезни возникнет деформация суставов с грубым нарушением их функции, препятствующие выполнению профессиональной деятельности, при наличии противопоказаний к ортопедическим операциям или при их неэффективности необходимо направить больного на МСЭ. Пациент нуждается в лечении и наблюдении уролога.

Задача № 12

1. С учетом представленных данных можно предположить ревматоидный полиартрит, суставная форма, серопозитивный, активность III ст., рентгенологическая стадия III. Судить о степени нарушения функции суставов трудно.
2. Диагностические критерии ревматоидного артрита у больной: утренняя скованность более 1 часа, поражение трех и более суставов, поражение кистей, симметричность поражения, наличие ревматоидного фактора, рентгенологические признаки (околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные узурь).
3. Общий анализ крови, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, СРБ, α_2 - и γ -глобулины, фибриноген, общий анализ мочи, кровь на ревматоидный фактор, рентгенография кистей рук. Латекс-тест, дерматоловая проба определяют ревматоидный фактор. Ревматоидный фактор представляет собой антитела IgM к Fc фрагменту IgG. Титр 1:32 и выше является диагностическим.
4. Терапия направлена на устранение острого воспаления, включает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и используется при медленно прогрессирующем течении с минимальной и умеренной активностью, преимущественно суставной форме. Базисная терапия применяется при быстро прогрессирующем течении, суставно-висцеральной форме, высокой активности процесса, неэффективности НПВП, и включает препараты золота, иммунодепрессанты, цитостатики. Глюкокортикоиды назначаются при РА с высокой степенью активности и диагностированным васкулитом, при резко выраженных экссудативных проявлениях. Сдержанное отношение к стероидным гормонам связано с их от-

рицательным влиянием на кальциевый обмен и процессы костного ремоделирования. С учетом III степени активности назначается следующая терапия: базисные препараты: метотрексат 2,5 мг назначают 7,5 мг в неделю (по 1 таблетке 3 раза с интервалом в 12 часов), тауредон (препарат золота), амп. по 0,5 мл (10 мг, 20 мг и 50 мг) № 10 по схеме; НПВП: диклофенак 50 мг (1 таблетка 3 раза в день); ретард 100 мг 1 таблетка в день, раствор для инъекций 3 мл (75 мг) № 5 в/м 1 раз в день; найз 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день или мелоксикам 7,5 мг по 1 таблетке 3 раза в день

5. С учетом высокой степени активности болезни показаны госпитализация и стационарное лечение больной под наблюдением ревматолога. Пациентка временно нетрудоспособна. Средние сроки ВН до 2–3 мес., включая стационарное лечение. Критерии восстановления трудоспособности: купирование острого артрита, выраженного болевого синдрома, восстановление функции сустава. С учетом результатов лечения и реабилитации решается вопрос о направлении на МСЭ. Если в течение болезни возникнет деформация суставов с грубым нарушением их функции, препятствующие выполнению профессиональной деятельности, при наличии противопоказаний к ортопедическим операциям или при их неэффективности необходимо направить больного на МСЭ. Показания для направления больных в бюро МСЭ: быстро прогрессирующая форма течения РА; суставно-висцеральная форма с развитием васкулита (нейропатия, альвеолит и т.п.), поражения почек, амилоидоза; суставная форма медленно прогрессирующего течения с частыми или длительными обострениями; потеря профессиональной пригодности вследствие поражения суставов, на которые падает основная нагрузка в производственном процессе; наличие абсолютных противопоказаний в характере и условиях труда.

Задача № 13

1. Подагра: острый моноартрит I плюснефалангового сустава правой стопы, первая атака, НФС II степени.
2. Диагноз подагры обоснован наличием соответствующего анамнеза (накануне ел шашлыки и пил красное вино). Диагноз острого моноартрита I плюснефалангового сустава поставлен на основании внезапной боли, отека сустава, гиперемии кожи над ним, местного повышения температуры, ограничения движений, лока-

лизованные в I плюснефаланговом суставе. НФС II ст. на основании ограничения движений в суставе.

3. Пациенту рекомендовано: проведение ОАК (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, СОЭ) для дифференциальной диагностики с артритами других нозологических форм. ОАМ (относительная плотность, белок, микроскопия осадка) для исключения поражения почек, часто встречающегося при подагре. Биохимический анализ крови: мочевая кислота (ее увеличение характерно для диагноза подагры), креатинин, мочевины для определения функционального состояния почек.
4. Больному необходимо предоставить полный покой, можно использовать местное охлаждение, можно придать конечности возвышенное положение. Рекомендуется обильное щелочное питье. Обязательно назначение диеты: малокалорийная, нельзя жареное мясо, рыбу, печень, почки, мозги, бобовые, кофе, шоколад, какао, избыток соли. Для купирования острого приступа используют НПВП с преимущественно анальгетическим эффектом. Используемые препараты НПВП: ибупрофен в дозе до 1200 мг/сут, ксефокам 8 мг/сут, диклофенак натрия 50–75 мг/сут. Возможно применение селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (нимесулид, мелоксикам, целекоксиб). После купирования острого приступа подагры (примерно через 2–4 недели) целесообразно назначение аллопуринола, так как он ингибирует фермент ксантиноксидазу – уменьшает содержание мочевой кислоты. Назначается внутрь по 50 мг/сут и увеличивают до нормоурикемии (контроль мочевой кислоты каждые 2 недели). Стандартная доза от 50 до 300 мг/сут.
5. Пациент временно нетрудоспособен. Средние сроки ВН 2–4 недели. Критерии восстановления трудоспособности: купирование острого артрита, выраженного болевого синдрома, восстановление функции сустава. Показаний на МСЭ на данный момент нет. Если в течение болезни возникнет деформация суставов с грубым нарушением их функции, препятствующие выполнению профессиональной деятельности, при наличии противопоказаний к ортопедическим операциям или при их неэффективности необходимо направить больного на МСЭ. Больные подагрой нуждаются в пожизненном диспансерном наблюдении, которое осуществляют ревматолог и терапевт. При легком течении обследование и терапия проводится в поликлинике, при средней тяжести и тяжелом – в условиях стационара. При легком течении осмотр ревма-

тологом, ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, БАК: мочева кислота, креатинин, печёночные пробы 2 раза в год. При среднетяжелом и тяжелом течении – 1 раз в 3 месяца. Рентгенография суставов и УЗИ почек 1 раз в год. Критерии эффективности диспансеризации: улучшение клинических показателей, снижение частоты рецидивов, уменьшение временной нетрудоспособности, снижение первичного выхода на инвалидность.

Задача № 14

1. У больного имеет место хроническая обструктивная болезнь легких, обострение. Диагноз поставлен на основании длительного анамнеза курильщика, продуктивного кашля, одышки постоянного характера, результатов лабораторно-инструментального обследования (рентгенограмма грудной клетки – признаки эмфиземы и пневмосклероза легких, общий анализ мокроты – лейкоцитоз).
2. При первой встрече с больным возникает необходимость дифференцировать ХОБЛ от ряда заболеваний со сходной симптоматикой. Прежде всего необходимо провести дифференциальный диагноз с бронхиальной астмой. Для последней, в отличие от ХОБЛ, характерна обратимость бронхиальной обструкции. Кроме того, необходимо исключить бронхоэктазии, туберкулёз, облитерирующий бронхолит, заболевания сердца с развитием застойной сердечной недостаточности.
3. Для уточнения степени тяжести заболевания – степени тяжести бронхиальной обструкции необходимо провести спирометрию, пикфлоуметрию с мониторингом показателей пиковой скорости выдоха, тест с бронхолитиками (сальбутамол, беродуал). При ХОБЛ бронходилатационный тест отрицательный. Для комплексной оценки тяжести течения заболевания и определения клинических групп больных (А, В, С, D) и подбора дифференцированной терапии необходимо провести тестирование с использованием оценочного теста ХОБЛ (САТ) и mMRC-шкалы одышки. Общий анализ крови и мочи, ЭКГ. Микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму. Исследование мокроты на ВК, АК. Посев мокроты на питательные среды для выявления возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам. Биохимический анализ крови.
4. Для обструктивного типа вентиляционной недостаточности характерно снижение $ОФВ_1$, снижение ФЖЕЛ, снижение индекса

Тиффно, снижение скоростных параметров выдоха, повышение ООЛ и ОЕЛ. Характерной и самой ранней чертой обструктивных нарушений вентиляции, даже при нормальных значениях $ОФВ_1$ и ФЖЕЛ, является снижение соотношения показателей $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ (в норме отношение $ОФВ_1/ФЖЕЛ > 0,7$).

5. Лечение должно включать: отказ от курения, обучение в школе здоровья для больных ХОБЛ, вакцинацию от гриппа, бронходилататоры короткого действия (атровент, беродуал Н) по потребности, регулярное лечение одним или несколькими бронходилататорами длительного действия (форадил, серевент или спирива). При повторяющихся обострениях и при тяжелой (менее 50%) степени бронхиальной обструкции добавить ингаляционные кортикостероиды (беклазон, фликсотид) или назначить комбинированные препараты (симбикорт, серетид).

Задача № 15

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит, затяжное течение. Вентиляционная недостаточность по обструктивному типу I степени.
2. Диагноз острый бронхит (ОБ) выставляют при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 недель (вне зависимости от наличия мокроты); в сочетании, по крайней мере, с одним из таких симптомов, как отделение мокроты, одышка, свистящие хрипы в легких или дискомфорт в груди, при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые могут быть причиной кашля. Диагноз «острый бронхит», таким образом, является диагнозом исключения и наблюдения.
3. Основные синдромы: бронхитический и бронхообструктивный. В патогенезе ОБ выделяется несколько стадий. Острая стадия (бронхитический синдром) обусловлена прямым воздействием возбудителя заболевания на эпителий слизистой воздухоносных путей, что приводит к высвобождению цитокинов и активации клеток воспаления. Данная стадия характеризуется появлением через 1–5 дней после «инфекционной агрессии» таких системных симптомов, как лихорадка, недомогание и мышечные боли, и острым непродуктивным (чаще) или продуктивным кашлем. Затяжная стадия характеризуется формированием транзиторной гиперчувствительности (гиперреактивности) эпителия трахеобронхиального дерева. Обсуждаются и другие механизмы формирования

бронхиальной гиперчувствительности (например, нарушение баланса между тонусом адренергической и нервной холинергической систем). Клинически (бронхообструктивный синдром) бронхиальная гиперчувствительность проявляется на протяжении от 1 до 3 недель и манифестирует кашлевым синдромом и наличием сухих хрипов при аускультации.

4. Наиболее важна дифференциальная диагностика между ОБ и пневмонией, а также между ОБ и острым синуситом. При сохранении бронхитического синдрома и бронхиальной обструкции на фоне лечения дифференциальный диагноз осуществляется относительно возможных причин длительного кашля: бронхиальная астма; хронический бронхит, ХОБЛ, хронические инфекционные заболевания легких, туберкулез, синусит, синдром постназального затека (затекания носовой слизи по задней стенке глотки в дыхательные пути). ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) – одна из частых причин хронического кашля, встречающаяся у 40% кашляющих людей. Принципиально важной является ранняя дифференциальная диагностика ОБ и пневмонии, поскольку от постановки диагноза зависит своевременность назначения соответствующей терапии (при ОБ, как правило, противовирусная и симптоматическая; при пневмонии – антибактериальная). При клиническом исследовании отсутствует синдром оплотнения легочной ткани (укорочение перкуторного звука, влажные хрипы в локальном участке легких). Но, учитывая длительный кашлевой синдром (при «обычном» ОБ – 7–10 дней), наличие бронхиальной обструкции, необходимо исключить атипичную (микоплазменную пневмонию). Дифференциальную диагностику с другими вышеуказанными патологиями нужно проводить исходя из динамики течения болезни. План дополнительного обследования: анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование – определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в трех проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания после окончания лечения. Показания для консультации специалиста.
5. Показанием для обращения к специалистам является сохранение кашля и бронхиальной обструкции при стандартной эмпирической терапии ОБ. Необходимы консультации: пульмонолога – для исключения хронической патологии легких (прежде всего БА);

гастроэнтеролога – для исключения гастроэзофагеального рефлюкса; ЛОР-врача – для исключения ЛОР-патологии как причины кашля. Синуситы, БА и гастроэзофагеальный рефлюкс могут быть причиной длительного кашля (более 3 недель) более чем у 85% больных при нормальной рентгенограмме органов грудной клетки. Лечение проводится амбулаторно, госпитализация больных с ОБ не показана. *Принципы лечения.* Основные цели лечения ОБ: облегчение тяжести кашля, уменьшение его продолжительности, возвращение пациента к трудовой деятельности. Немедикаментозное лечение: режим полупостельный, затем домашний. Облегчение выделения мокроты: инструктировать пациента о необходимости поддержания адекватной гидратации. Рекомендуется обильное питье теплой жидкости: горячий чай с лимоном, медом, малиновым вареньем, чай из липового цвета, из сухой малины, подогретые щелочные минеральные воды (боржоми, Смирновская и др.), потогонные и грудные сборы. Медикаментозное лечение: противовирусная терапия. Вирусы являются одними из наиболее актуальных возбудителей ОБ, в связи с чем требуется назначение противовирусной терапии. Необходимо отметить, что противовирусные препараты целесообразно назначать в случаях, если с момента появления симптомов заболевания прошло не более 48 ч. Противовоспалительные средства. Медикаментозное лечение острого бронхита в настоящее время в основном симптоматическое, с применением жаропонижающих, противовоспалительных средств. Антибактериальная терапия: назначение антибиотиков больным острой респираторной инфекцией не оправдано как с клинической, так и с экономической точек зрения. В случае, если имеется подозрение на микоплазменную этиологию острого бронхита (длительный мучительный кашель, признаки бронхиальной обструкции), препаратами выбора являются современные макролиды. Бронхолитическая и отхаркивающая терапия – теofilлин, бромгексин, термопсис, йодид калия. В настоящее время продемонстрирована эффективность сальбутамола и фенотерола в лечении пациентов ОБ. Было доказано, что применение данных препаратов сопровождается уменьшением продолжительности кашля и бронхиальной обструкции. Физиотерапевтическое лечение – щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика.

Задача № 16

1. Предварительный диагноз: внебольничная пневмония в верхней доле правого легкого неуточненной этиологии, нетяжелое течение.
2. Диагноз: внебольничная пневмония (ВП) поставлен на основании наличия у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани, остро возникшей лихорадки ($>38,0$ °C); кашля с мокротой; физикальных признаков (локальные мелкопузырчатые хрипы, укорочение перкуторного звука); лейкоцитоза ($>10 \times 10^9$ /л). Диагноз ВП является определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих: а) острая лихорадка в начале заболевания (температура тела выше $38,0$ °C); б) кашель с мокротой; в) физические признаки пневмонической инфильтрации (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); г) лейкоцитоз $> 10,0 \cdot 10^9$ /л и/или палочкоядерный сдвиг ($>10\%$). Диагноз ВП неточный/неопределенный при отсутствии или недоступности рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в легких (рентгенография или крупнокадровая флюорография органов грудной клетки). При этом диагноз заболевания основывается на учете данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих локальных симптомах. Предположение о ВП становится маловероятным, если у пациента с лихорадкой, жалобами на кашель, одышку, отделением мокроты и/или болями в грудной клетке рентгенологическое исследование оказывается недоступным и отсутствует соответствующая локальная симптоматика.
3. Основной синдром, на котором базируется диагноз: внебольничная пневмония – оплотнение легочной ткани – клинический (притупление звука в области верхней доли правого легкого; жесткое дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы в этой зоне) и рентгенологический (очаговая инфильтрация легочной ткани). Патогенез: в результате снижения эффективных механизмов противoinфекционной защиты нижних дыхательных путей (наиболее вероятно – аспирация секрета ротоглотки) развилась острая воспалительная реакция с экссудацией воспалительного секрета в альвеолы – альвеолит.

4. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими заболеваниями: внебольничная пневмония, очаговый туберкулез легких, инфаркт-пневмония, абсцесс легкого и центральный рак легкого. Внебольничная пневмония – наиболее вероятный диагноз, что подтверждают острое начало с высокой лихорадкой, выраженный синдром оплотнения легких, подтвержденный рентгенологически, нейтрофильный лейкоцитоз. Очаговый туберкулез легких следует исключать – социальный статус больного (пребывание в местах заключения), верхнедолевая локализация процесса. Инфаркт-пневмония – наличие варикозного поражения конечности, плевральный болевой синдром. Абсцесс легкого – нет явных клинических проявлений, но низкий социальный статус (снижение защитных сил организма) требует исключения возможной деструкции легких. Центральный рак легкого – онкологическая настороженность. План дополнительного обследования: 1) анализ мокроты на МБТ методом бактериоскопии и посева; 2) анализ мочи; 3) коагулограмма, Д – димер; 4) рентгенография легких в 3-х проекциях, компьютерная томография (при отсутствии положительной динамики процесса в легких), 5) туберкулиновые пробы, 6) при отсутствии противопоказаний – бронхоскопия, 7) ЭКГ, 8) консультация фтизиатра, 9) УЗИ вен нижних конечностей.
5. Лечение проводится в амбулаторных условиях на фоне интенсивного обследования у фтизиатра. Показания для госпитализации: 1) физикальные – ЧД более 30/мин, АД менее 90/60 мм рт. ст., ЧСС более 125 в минуту, нарушение сознания; 2) лабораторные – пневмоническая инфильтрация более одной доли, выпот в плевру и другие осложнения, признаки полиорганной недостаточности. В качестве стартовой антибиотикотерапии – амоксициллин 0,5 г 3 раза в сутки. Через 3–4 суток антибактериальной терапии на основании клинической картины определяют эффективность лечения и решают вопрос о замене антибиотика или продолжении его приема. Через 7–10 суток антибактериальной терапии решают вопрос об отмене антибиотика (3 дня нормальной температуры). Через 14–16 суток от начала лечения назначают общий анализ крови и контрольную рентгенографию легких, определяют трудоспособность больного.

Задача № 17

1. Синдром плеврального выпота (выпота в плевру). Выпот в плевру формируется при пропотевании жидкости через интактный барьер (непораженные плевральные мембраны) вследствие увеличения гидростатического давления или снижения осмотического давления – трансудат. Или накапливается при поступлении жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью – экссудат. Боль в грудной клетке возникает из-за воспаления париетальной плевры. Одышка, вероятнее всего, является результатом механической неэффективности дыхательных мышц, которые растянуты из-за смещения при выпоте грудной стенки наружу, а диафрагмы вниз. В результате скопления жидкости происходит притупление перкуторного звука и вследствие нарушения передачи дыхательных шумов от легких дыхание в этой зоне ослабленное или не выслушивается.
2. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов проводится с большим количеством воспалительных опухолевых и застойных выпотов в плевру. Но в данном случае, учитывая отсутствие сердечно-сосудистой, ревматической и другой патологии, односторонний характер процесса, в первую очередь необходимо дифференцировать с постпневмоническим, неспецифическим и туберкулезным плевритами. Постепенное развитие заболевания с симптомами интоксикации, молодой возраст больной, отсутствие эффекта от неспецифического лечения, относительно удовлетворительное общее состояние в первую очередь свидетельствуют в пользу туберкулезного процесса. Поэтому предварительный диагноз: левосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.
3. Для верификации наличия выпота в плевру обычно применяется рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях и в латеропозиции и УЗИ плевральной полости. В сомнительных случаях КТ грудной клетки как наиболее информативный метод.
4. В первую очередь необходимо дифференцировать экссудат от трансудата. Диагностический торакоцентез должен быть выполнен практически у каждого больного, если при рентгенологическом исследовании, проведенном при положении пациента лежа на боку, толщина свободной жидкости превышает 10 мм. Плевральный выпот может быть разделен на экссудат и трансудат в зависимости от концентрации белка, ЛДГ и клеточных компо-

нентов. Общепринятыми считаются критерии Лайта: 1) отношение белка в плевральном выпоте к белку в плазме более 0,5; 2) отношение ЛДГ в выпоте к ЛДГ в плазме более 0,6; 3) ЛДГ в выпоте более чем 2/3 от верхней границы нормы ЛДГ в крови. В данном случае при предполагаемом туберкулезе плевральный пунктат: экссудат, клеточный состав экссудата может быть лимфоцитарным, содержание белка больше 30 г/л, мезотелиальные клетки отсутствуют. Дальнейший план обследования будет строиться из результатов рентгенологического исследования грудной клетки и данных состава плевральной жидкости.

5. После рентгенологического и УЗИ исследований при верификации выпота в плевру нужно направить пациентку в пульмонологический стационар: 1) инвазивное исследование – плевральная пункция – нецелесообразно выполнять в амбулаторных условиях; 2) дальнейшая диагностика причин плеврального выпота обычно требует много исследований – часто высокотехнологичных – КТ различных органов, биопсия плевры и др.

Задача № 18

1. Бронхиальная астма, смешанного генеза, впервые выявленная
2. Диагноз: бронхиальная астма (БА) можно предположить на основании таких симптомов, как эпизоды приступообразного кашля, одышки, удушья, наличия свистящих хрипов в легких, свидетельствующих о наличии клиники вариабельной бронхиальной обструкции. Исследование вентиляционной функции легких подтверждает наличие бронхиальной обструкции легкой степени (ОФВ₁ 72% от должного) и обратимости нарушений функции легких (прирост ОФВ₁ после бронходилататора составил 16%), что значительно повышает достоверность диагноза. Так как пациентка обратилась впервые к участковому терапевту и не получала базисной терапии, классификация бронхиальной астмы проводится по степени тяжести на основании клинической картины до начала терапии. Картина болезни у пациентки соответствует персистирующей бронхиальной астме средней тяжести по следующим признакам: ежедневные симптомы, обострения могут приводить к ограничению физической активности и нарушению сна, ночные симптомы чаще 1 раза в неделю, ежедневное использование ингаляционных β₂-агонистов короткого действия, ОФВ₁ или ПСВ 60–80% от должного. Для верификации наличия выпота

в плевру обычно применяется рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях и в латеропозиции и УЗИ плевральной полости. В сомнительных случаях КТ грудной клетки как наиболее информативный метод.

3. Синдром бронхиальной обструкции (обратимый или частично обратимый) лежит в основе физиологии БА, характеризуется ограничением скорости воздушного потока на выдохе. Основные механизмы патогенеза бронхиальной обструкции – сужение дыхательных путей при БА следующие. Сокращение гладкой мускулатуры стенки бронха (бронхоспазм) в ответ на бронхоконстрикторное действие различных медиаторов и нейротрансмиттеров является главным механизмом сужения дыхательных путей; практически полностью обратимо под действием бронхолитиков. Отек дыхательных путей обусловлен повышенной проницаемостью микрососудистого русла, вызванной действием медиаторов воспаления, что может играть особенно важную роль при обострениях. Гиперсекреция слизи может приводить к окклюзии просвета бронхов («слизистые пробки») и является результатом повышенной секреции слизи и образования воспалительного экссудата. Утолщение стенки бронха вследствие структурных изменений, часто называемое «ремоделированием», может иметь большое значение при тяжелой БА; не полностью обратимо под действием существующих препаратов.
4. Диагностика астмы основана не только на обнаружении характерных черт, симптомов и признаков, но также при отсутствии альтернативного объяснения их возникновения. У пациентов могут иметь место другие заболевания, являющиеся причинами бронхиальной обструкции, что усложняет интерпретацию тестов. Дифференциально-диагностический ряд подбирается в зависимости от наличия или отсутствия бронхиальной обструкции. В данном клиническом случае бронхиальная обструкция верифицирована, поэтому необходимо исключить следующие заболевания: ХОБЛ, бронхоэктазы, инородное тело в дыхательных путях, облитерирующий бронхиолит, стеноз крупных дыхательных путей, рак легких, саркоидоз.
5. У больных с персистирующей БА, ранее не получавших поддерживающей терапии, лечение следует начинать со ступени 2, а в случае наличия чрезвычайно выраженных симптомов БА (как при неконтролируемой БА) со ступени 3. На каждой ступени те-

рации пациенты должны использовать по потребности препараты неотложной помощи для быстрого облегчения симптомов БА. В данном клиническом случае выраженность симптомов и признаков (дневные симптомы более 2 эпизодов в неделю, ночные симптомы, потребность в препаратах неотложной помощи более 2 эпизодов в неделю, функция лёгких – ПСВ или $ОФВ_1$) менее 80% от должного значения) соответствует ступени 3. В соответствии с этим пациентке необходимо назначить: низкие дозы ИГКС (ингаляционных глюкокортикостероидов) и β_2 -агонист длительного действия в качестве базисной терапии. В качестве неотложной помощи для быстрого облегчения симптомов БА следует назначить β_2 -агонисты как короткого действия по потребности препараты. Регулярное назначение β_2 -агонистов как короткого, так и длительного действия не рекомендуется при отсутствии регулярной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами.

Задача № 19

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: преимущественно бронхитический фенотип, II (среднетяжёлая) степень тяжести нарушения бронхиальной проходимости.
2. Основные признаки, позволяющие заподозрить диагноз ХОБЛ у данного больного: одышка – прогрессирующая (ухудшается со временем) хронический кашель; хроническое отхождение мокроты (любой случай хронического отхождения мокроты может указывать на ХОБЛ). Ключевым анамнестическим фактором, помогающим поставить диагноз ХОБЛ, служит установление факта ингаляционного воздействия на органы дыхания патогенных агентов, в первую очередь табачного дыма, что является главным фактором риска.
3. Диагноз должен быть подтвержден с помощью спирометрии. Постбронходилатационный показатель $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ подтверждает наличие персистирующего ограничения скорости воздушного потока и, следовательно, ХОБЛ. Постбронходилатационные значения $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ – обязательный признак ХОБЛ, который существует на всех стадиях заболевания. В ингаляционной пробе с короткодействующими бронходилататорами для ХОБЛ характерен прирост $ОФВ_1$ (объема форсированного выдоха за 1 секунду) от исходной величины менее 12%. Целью

обследования при ХОБЛ является оценка степени тяжести заболевания (в том числе выраженности ограничения скорости воздушного потока, влияния на состояние здоровья пациента риска таких исходов, как обострения, госпитализации или смерть) для подбора лечебной тактики. Значение $50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ соответствует средней степени тяжести бронхиальной обструкции. Выделение клинических фенотипов рекомендуется вносить в конструкцию диагноза. В данной ситуации бронхитический (кашель с мокротой) преобладает над эмфизематозным, хотя они обычно неразделимы.

4. Дифференциальной диагностики ХОБЛ – исключение заболеваний со сходной симптоматикой. Прежде всего проводится между ХОБЛ и бронхиальной астмой. Кроме того, исключение следующих заболеваний (синдромов), часто имеющих или имитирующих бронхиальную обструкцию: бронхоэктазии – большое количество гнойной мокроты; туберкулёз – характерные рентгенологические признаки; облитерирующий бронхолит – начало в молодом возрасте у некурящих; застойная сердечная недостаточность – соответствующий кардиологический анамнез.
5. Данный пациент относится к ХОБЛ лёгкого и среднетяжёлого течения (постбронходилатационный $\text{ОФВ}_1 \geq 50\%$ от должной) с редкими обострениями (менее 2) и выраженными симптомами – клиническая группа В. Препаратами выбора являются: длительно действующие антихолинергические препараты (тиотропия бромид, гликопиррония бромид) или длительно действующие β_2 -агонисты (формотерол и салметерол). Кроме того, в связи с усилением одышки, увеличением объема и степени гнойности мокроты показано проведение антибактериальной терапии. Препаратом выбора антибактериальных средств является амоксициллин или макролиды (азитромицин, кларитромицин), цефалоспорины III поколения (цефиксим и др.).

Задача № 20

1. Следует предположить наличие у больного В_{12} -дефицитной анемии неуточненной, тяжелой степени тяжести, фуникулярного миелоза.
2. Наличие анемии проявляется клиническими признаками (жалобы на общую слабость, быструю утомляемость) и снижением гемоглобина (< 110 г/л). Дефицит витамина В_{12} характеризуется кли-

ническими признаками: глоссит, желтушность кожных покровов, развитие клинической картины фуникулярного миелоза (болевые ощущения в ногах в виде «покалывания булавок, иголок», онемение конечностей, ощущение холода, «ватных ног»); параклиническими признаками: гиперхромный характер анемии (повышение цветного показателя $>1,1$ при норме $0,86-1,05$), сдвиг эритроцитометрической кривой вправо (увеличение количества макроцитов), характерные изменения со стороны лейкоцитов периферической крови (лейкопения, гиперсегментация нейтрофилов), снижение числа тромбоцитов. Тяжелая степень анемии определяется низким уровнем гемоглобина (70 г/л) и развитием фуникулярного миелоза.

3. Анемия при дефиците фолиевой кислоты в организме по гематологическим показателям идентична анемии, возникающей при дефиците витамина B_{12} , но протекает обычно без отчетливо выраженных признаков поражения задних и боковых столбов спинного мозга – фуникулярного миелоза. Необходимость дифференциальной диагностики B_{12} -дефицитной анемии и острого эритромиелоза (болезнь ди Гульельмо) обусловлена сходством лабораторных данных при этих заболеваниях. Для обоих заболеваний характерны гиперхромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, умеренно выраженный гемолитический синдром, мегалобластный тип кроветворения. Необходимость дифференциальной диагностики B_{12} -дефицитной и гемолитической анемий обусловлена тем, что в первом случае, как и во втором, наблюдается гемолиз эритроцитов. Кроме того, гемолитическая анемия может сопровождаться панцитопенией.
4. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести следующие дополнительные лабораторно-инструментальные исследования: в общем анализе крови необходимо посмотреть количество ретикулоцитов, содержание гемоглобина в эритроцитах (МСН), средний объем эритроцита (МСV); провести трепанобиопсию участка косного мозга, анализ миелограммы, окраска препарата костного мозга ализарином красным; определить содержание сывороточного железа; определить в крови содержания витамина B_{12} и фолиевой кислоты; определить концентрацию метилмалоновой кислоты в суточной моче; провести пробу Шиллинга; УЗИ органов брюшной полости; анализ кала на яйца глистов; ЭФГДС; фиброколоноскопия.

5. Комплекс лечебных мероприятий при V_{12} -анемии следует проводить с учетом этиологии (лечение основного заболевания – в данном случае поиск продолжается), выраженности анемии и неврологических нарушений. Патогенетическая терапия осуществляется с помощью введения витамина V_{12} (ликвидация его дефицита). Учитывая тяжесть состояния, показано начинать лечение в условиях стационара. При симптомах фуникулярного миелоза витамин V_{12} вводят в больших дозах – 500–1000 мкг ежедневно в течение 10 дней, а затем 1–3 раза в неделю до исчезновения неврологической симптоматики. Затем цианокобаламин вводится ежедневно внутримышечно в дозе 200–500 мкг 1 раз в день в течение 4–6 недель до наступления гематологической ремиссии: 1) трансформации мегалобластного кроветворения в нормобластный; 2) снижения цветного показателя в связи с нарастанием количества эритроцитов; 3) нормализации показателей красной крови, числа лейкоцитов и тромбоцитов через 3–4 недели лечения. После нормализации костно-мозгового кроветворения и состава крови витамин V_{12} вводят 1 раз в неделю в течение 2–3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах, что и в начале курса. В дальнейшем больного ставят на диспансерный учет; профилактически вводят витамин V_{12} 1–2 раза в год короткими курсами по 5–6 инъекций или ежемесячно по 200–500 мкг (пожизненно).

Задача № 21

1. Предположительный диагноз – диффузный миокардит. Этиология – вирус гриппа.
2. Дополнительные методы исследования: ЛДГ, КФК (МВ-фракция), сиаловые кислоты, серомукоиды, α_2 - и γ -глобулины, тропонин Т и миозин. Иммунологическое исследование: повышение титра к возбудителю заболевания (противовирусные антитела), ЦИК, IgM, IgG, IgA. Радионуклидная сцинтиграфия миокарда позволяет определить наличие протяженности лейкоцитарной инфильтрации в миокарде и оценить перфузию миокарда. ЭхоКГ в динамике для выявления нарушения сократимости миокарда, дилатация полостей. Рентгенография органов грудной клетки. Холтеровское мониторирование, ЭКГ, биопсия миокарда – окончательный диагноз устанавливается на основании биопсии.

3. Принципы лечения: госпитализация больной обязательно, медикаментозное лечение (этиологическое) при выявлении микробного процесса – антимикробная терапия (цефалоспорины III поколения, при внутриклеточной инфекции – макролиды, фторхинолоны в сочетании с интерферонами). Патогенетическое лечение: НПВП (индометацин 150 мг в сутки, найз 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день; глюкокортикоиды (при неэффективности НПВС, перикардите – преднизолон 30-60 мг/сутки 2-3 недели с постепенным снижением дозы); антигистаминные препараты (супрастин по 1 таблетке 2 раза в день), дезагреганты (аспирин кардио 50 мг 1 раз в день); β -адреноблокаторы; метаболическая терапия: предуктал МВ (35 мг 2 раза в день), витамины С, А, Е. При проведении реабилитации: лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение.
4. Возможные исходы заболевания: при благоприятном течении – формирование миокардитического кардиосклероза, при неблагоприятном – дилатационной кардиомиопатии.
5. Пациент временно нетрудоспособен. Средние сроки временной нетрудоспособности до 1,5–2 месяцев. Критерии восстановления трудоспособности: купирование проявлений сердечной недостаточности. При сохранении сердечной недостаточности после активного лечения и формирования кардиопатии – решение вопроса о направлении на МСЭ. Пациент нуждается в пожизненном диспансерном наблюдении, которое осуществляют врач общей практики (1–2 раза в год) и кардиолог (по показаниям).

Задача № 22

1. У больной можно предположить: бронхиальная астма аллергическая (экзогенная), легкое персистирующее течение, контролируемая.
2. Диагноз «бронхиальная астма» у больной установлен на основании данных анамнеза: она состоит на диспансерном учёте по этому заболеванию, имеется семейный анамнез – бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. Возникновение приступов при контакте с домашними животными позволяет подумать об аллергической природе астмы. Степень тяжести установлена на основании выраженности симптомов (приступы возникают 1–2 раза в неделю) и вентиляционных показателей: $ОФВ_1$ и ПСВ $>80\%$ от должного, колебания ПСВ 20–30%. Уровень кон-

троля определён на основании следующих критериев: симптомы астмы возникают менее 2 раз в неделю, ночных симптомов нет, использование препаратов для неотложной помощи (сальбутамол) менее 2 раз в неделю, активность не нарушена. Это соответствует контролируемой бронхиальной астме.

3. Лечение должно соответствовать ступени 2 терапии бронхиальной астмы. В качестве базисной терапии используются низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (например, 200–500 мкг беклометазона или 200–400 мкг будесонида) или антилейкотриеновый препарат. Для купирования острой симптоматики (приступов удушья или кашля) следует применять ингаляционный симпатомиметик быстрого действия (сальбутамол, беродуал) по потребности, не чаще 3–4 раз в день.
4. Наиболее частые побочные эффекты ингаляционных стероидов: орофарингеальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей, атрофия слизистой полости рта. Для их профилактики используется полоскание полости рта теплым раствором с пищевой содой, рекомендуется использование спейсеров.
5. Целесообразность проведения специфической иммунотерапии будет определена после консультации аллерголога и проведения аллергологических проб на фоне стойкой ремиссии болезни. При отсутствии противопоказаний рекомендуется специфическая иммунотерапия.

Задача № 23

1. Предположительный диагноз: деформирующий остеоартроз, первичный, локальный, правосторонний гонартроз, рентгенологическая стадия II.
2. Диагноз поставлен на основании клинических признаков (боль в коленном суставе при ходьбе, особенно при подъеме и спуске по лестнице, проходящая в покое; нестабильность сустава, хруст при активных движениях в коленном суставе, утренняя скованность в пределах 30 минут) и рентгенологических критериев (сужение суставной щели, остеоэсклероз, остеофитоз). II рентгенологическая стадия характеризуется выраженным сужением суставной щели в 2–3 раза по сравнению с нормой, значительными остеофитами, субхондральным остеоэсклерозом, что наблюдается у данной больной.

3. Важное значение при данной патологии имеет немедикаментозное лечение: упражнения для укрепления четырехглавой мышцы бедра, что приводит к уменьшению боли; нормализация веса (ИМТ 32 кг/см²); хождение с тростью (механическая разгрузка сустава); физиотерапия: местно холод или тепло – обезболивает; ультразвук – также обезболивает.
4. Медикаментозное лечение. НПВП: 4 группы – селективные ингибиторы ЦОГ-1 (низкие дозы ацетилсалициловой кислоты; неселективные ингибиторы ЦОГ – диклофенак, ибупрофен, кетопрофен); преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ-2 (мелоксикам, нимесулид); селективные ингибиторы ЦОГ-2 (целекоксиб, рофекксиб). НПВП только в период боли (предпочтение короткого действия – ибупрофен, кетопрофен). Диклофенак – «золотой стандарт» в ревматологии (75–150 мг). Препаратами первой линии являются нимесулид (200 мг/сутки), мелоксикам (7,5 мг/сутки), целекоксиб (100–200 мг/сутки). Препараты, содержащие естественные компоненты суставного хряща (хондропротекторы): хондроитин сульфат 750 мг 2 раза в день первые 3 недели, затем по 500 мг 2 раза в день 6 месяцев, глюкозамин сульфат 1500 мг/сутки однократно в течение 6 месяцев, повторными курсами. Внутрисуставное введение препаратов: ГКС при остеоартрозе с симптомами воспаления только в коленные суставы 2–3 раза в год. Производные гиалуроната (2 препарата): низкомолекулярный и высокомолекулярный, эффект от 60 дней до 12 мес. Хирургическое лечение, эндопротезирование, артроскопические манипуляции, остеотомия.
5. Пациентка временно нетрудоспособна. Средние сроки временной нетрудоспособности при первичном гонартрозе 10–25 дней. Критерии восстановления трудоспособности: купирование выраженного болевого синдрома. Прогноз при данной патологии обычно благоприятный. Показаний на МСЭ на данный момент нет. Диспансерное наблюдение проводится врачом общей практики 2 раза в год, рентгенография 1 раз в год.

Задача № 24

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь I степени тяжести (впервые выявленная), фаза обострения. Хиатальная грыжа.
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) установлена на основании жалоб: в течение 3 месяцев наличие чувства жжения в

нижней трети грудины с распространением его по ходу пищевода к горлу продолжительностью от 1 до 5 минут, которое связано с изменением положения тела – при наклоне туловища вперед или после еды, в положении лежа. Рентгенография с барием пищевода и желудка выявила несмыкание кардии; в положении по Тренделенбургу отмечается затекание контрастного вещества в пищевод и пролабирование складок желудка; желудок обычной формы, величины и положения.

3. Необходимо провести ФГДС, что позволяет выявить эзофагит (50–60% не имеют поражения пищевода, эндоскопически негативная ГЭРБ) и классифицировать его, выявить пищевод Барретта и провести забор биоптатов для морфологического исследования при подозрении на опухолевый процесс; эзофагоманометрию (Р покоя меньше 10–25 мм рт. ст.). Омепразоловый тест (в поликлинике) 40 мг 3–5 дней, в дальнейшем при уменьшении симптомов тест с пантопразолом 20 мг (эффект в 1-е сутки) – положительный симптом.
4. Прокинетики (например, итоприд гидрохлорид 50 мг 3 раза в день до еды за 30 минут), препарат с одновременным действием как: гастропротективным, антацидным, обволакивающим, противоязвенным, адсорбирующим – сукральфат 500 мг по 2 таблетки 3 раза в день, до еды за 30 минут и на ночь (на фоне хиатальной грыжи) или ИПП (любого поколения или H₂-блокаторы I–III поколения) по 20 мг 2 раза в день до еды за 30 минут на фоне общих мероприятий (изменения образа жизни, включая диету, снижение массы тела и другие моменты, которые способствуют снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера) не менее 8 недель. Антидепрессанты или препараты бензодиазепинового ряда, или нейролептики – по показаниям (возможен осмотр психиатра).
5. ГЭРБ неосложненная, поэтому прогноз для жизни, здоровья, трудоспособности благоприятный. Лечение проводится амбулаторно. Трудоспособность сохранена.

Задача № 25

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь эндоскопически негативная (0 степень).
2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) установлена на основании жалоб: сильная боль, жжение в подложечной области и за грудиной в нижней трети после обильного приема пищи.

Проведенная ЭФГДС никаких изменений слизистой оболочки в верхних отделах ЖКТ не выявила, положительный тест Бернштейна (при вливании 0,1 N раствора HCl в пищевод должны появиться изжога и/или боли в нижней трети грудины, которые исчезнут после смывания слизистой оболочки физиологическим раствором), что позволит диагностировать неэрозивную гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

3. Необходимо провести суточную рН-метрию с расчетом индекса De Meester, который был равен 16,0; манометрию (прибор Гастроскан-Д) (результат показал Р в покое 9 мм рт. ст.). Провести омепразоловый или пантопрозоловый тест (40 мг омепразола или 20 мг пантопрозола перорально на 3 дня – уменьшение или купирование симптоматики).
4. Прокинетики (например, итоприд гидрохлорид 50 мг 3 раза в день до еды за 30 минут), ИПП (любого из шести поколений или H₂-блокаторы I-III поколения) по 20 мг 2 раза в день до еды за 30 минут на фоне общих мероприятий (изменения образа жизни, включая диету, снижение массы тела и другие моменты, которые способствуют снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера) не менее 8 недель. Антидепрессанты или препараты бензодиазепинового ряда, или нейролептики – по показаниям (возможен осмотр психиатра).
5. ГЭРБ неосложненная, поэтому прогноз для жизни, здоровья, трудоспособности благоприятный. Лечение проводится амбулаторно. Трудоспособность сохранена.

Задача № 26

1. Беременность 36 недель. Хроническая артериальная гипертензия. Задержка развития плода (ЗРП).
2. Учитывая отставание размеров матки от ожидаемого (ВСДМ 30 см против 34 см в норме) предполагается ЗРП, при которой часто развивается дистресс плода.
3. Наиболее часто причиной ЗРП является фетоплацентарная недостаточность. К ЗРП ведет ряд факторов, один из этих факторов риска – хроническая артериальная гипертензия.
4. Ультразвуковая диагностика включает измерение размеров плода (фетометрия), расчёт массы плода по данным фетометрии. Допплерография позволяет оценить кровоток в сосудах матки (маточные артерии), артерии пуповины, сосудах плода (аорта, сред-

няя мозговая артерия, пупочная вена, венозный проток). В обследование обязательно включается кардиотокография (КТГ).

5. В данной ситуации необходима срочная госпитализация для более объективной оценки состояния и развития плода. Досрочное родоразрешение показано в случае, если тяжесть заболевания матери с течением беременности нарастает, присоединяется преэклампсия, а рост плода незначителен или отсутствует, развивается маловодие или появляются признаки дистресса плода.

Задача № 27

1. Потеря аппетита, рвота, задержка менструации, снижение массы тела, ухудшение состояния, обезвоживание организма.
2. Беременность 12 недель. Рвота беременных умеренная.
3. Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена – все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз рвота беременных. Рвота до 10 раз в сутки соответствует умеренной рвоте.
4. Состояние средней степени тяжести.
5. В данной ситуации необходима срочная госпитализация для более объективной оценки состояния женщины, развития эмбриона и проведения терапии рвоты беременной. Госпитализация показана, так как степень тяжести женщины обусловлена обезвоживанием.

Задача № 28

1. Головная боль; ухудшение зрения; боль в эпигастральной области, рвота, гипертензия, отеки, расширение зрачков
2. Беременность 36 недель. Тяжёлая преэклампсия.
3. Срок беременности 36 недель, что подтверждается данными обменной карты; тяжёлую преэклампсию подтверждают: жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области; АД 170/100–180/110 мм рт. ст, расширение зрачков, цианоз кончика носа и верхней губы
4. Состояние беременной женщины – тяжёлое. Возможно развитие эклампсии во время беременности.

5. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку – эклампсии, необходимо: предотвратить приступ судорог: внутривенно ввести 4 г сухого вещества магния сульфата (25% 16 мл) на физиологическом растворе в течение 10–15 минут, затем введение 1 г сухого вещества магния сульфата в 100 мл физиологического раствора, внутривенно со скоростью 4 мл/час. Немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

Задача № 29

1. Схваткообразные боли в животе, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей, гипертензия, тахикардия, не прослушивается сердцебиение плода.
2. Беременность 37 недель. Тяжёлая преэклампсия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода.
3. Срок беременности согласно обменной карте и при обследовании: окружность живота 90 см, ВСДМ 35 см, что соответствует 37 неделям. Беременность осложнилась тяжёлой преэклампсией: гипертония, отеки, протеинурия. На фоне преэклампсии возникло тяжёлое осложнение, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что сопровождается массивным кровотечением в полость матки. Все признаки кровопотери присутствуют у данной беременной: слабость, головокружение, снижение АД, тахикардия; об антенатальной гибели плода говорит отсутствие сердцебиения плода.
4. Состояние беременной тяжёлое. Степень отслойки плаценты тотальная, так как выраженный тонус матки, невозможно пропальпировать части плода.
5. Установка в/в капельной системы и в/в катетера большого диаметра и инфузионная терапия – внутривенное введение кристаллоидных растворов. Мониторирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, диурез). Немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар. При АД выше 140/90 мм рт. ст. – гипотензивная терапия (метилдопа).

Задача № 30.

1. Головная боль, ухудшение зрения, судороги, остановилось дыхание, прикус языка, гипертензия.

2. Беременность 38 недель. Эклампсия во время беременности.
3. Эклампсия подтверждается наличием судорожного припадка, которому предшествовали симптомы тяжёлой преэклампсии: головная боль, нарушение зрения. Приступ судорог длился в несколько этапов: фибриллярные сокращения мышц лица, тонические судороги, клонико-тонические судороги, кома.
4. Состояние беременной тяжёлое. Вызванное приступом судорог, обтурацией верхних дыхательных путей, запрокидыванием языка, что привело к отсутствию дыхания.
5. Во время приступа беременную удерживают, чтобы она не травмировала себя; в рот вводят резиновый воздуховод, чтобы предотвратить западение языка; при восстановлении дыхания дают кислород, при длительном апноэ начинают вспомогательную вентиляцию с помощью дыхательного аппарата; если возможно, аспирируют слизь из верхних дыхательных путей и полости рта; при остановке сердечной деятельности проводят закрытый массаж сердца и все приёмы сердечной реанимации. Противосудорожная терапия: внутривенно ввести 4 г сухого вещества магния сульфата (25% 16 мл) на физиологическом растворе в течение 10–15 минут, затем введение 1 г сухого вещества магния сульфата в 100 мл физиологического раствора, внутривенно со скоростью 4 мл/час. Экстренно госпитализировать в акушерский стационар.

Задача № 31

1. Частые приступы приливов жара, нарушение сна, приступы болей за грудиной, головные боли.
2. Климактерический синдром средней степени тяжести.
3. У больной имеются приступы приливов жара, приступы болей за грудиной по типу стенокардии, головные боли, нарушение сна. Состояние тяжёлое, вызванное приступом судорог, обтурацией верхних дыхательных путей, запрокидыванием языка, что привело к отсутствию дыхания.
4. Степень тяжести заболевания – средняя. Обоснование: приступы приливов жара, которые повторяются до 15 раз в сутки, ухудшение состояния и самочувствия женщины.
5. Необходимо провести уточнение общего и семейного анамнеза. Провести обследования: определить индекс массы тела, артериальное давление, клинический анализ крови, общий анализ мочи,

онкоцитологическое исследование – PAP-тест, УЗИ органов малого таза, обследование молочных желёз (пальпация, маммография), липидограмма, глюкоза и тиреотропный гормон крови, ФСГ крови, гемостазиограмма. При наличии сопутствующей патологии рекомендуется обследование для уточнения степени тяжести и проведения терапии. После проведения обследования решение вопроса о назначении менопаузальной гормональной терапии.

Задача № 32

1. Тупые, ноющие боли внизу живота; чувство тяжести в животе; увеличение живота; нарушение мочеиспускания; первичное бесплодие.
2. Киста яичника (псевдомуцинозная). Подозрение на рак яичника.
3. Псевдомуцинозная киста подозревается на основании жалоб и клинических симптомов: боли внизу живота, увеличение живота, пальпация опухоли через брюшную стенку. Для псевдомуцинозной кисты характерно одностороннее поражение, гигантские размеры опухоли. Опухоль яичника заподозрена на основании анамнеза: позднее наступление менархе, нерегулярные, болезненные менструации, первичное бесплодие в течение 5 лет.
4. Определение опухолевых маркёров. УЗИ органов малого таза. Обязательное обследование ЖКТ у всех больных с новообразованиями яичника, для исключения метастазов рака желудка в яичник и вовлечения в процесс прямой и сигмовидной кишок. Обязательно проведение эзофагогастроскопии. МРТ для определения прорастания в прилежащие к опухоли органы. Консультация гинеколога для определения дальнейшей тактики лечения.
5. Кисты яичников, сохраняющиеся в течение 4–6 месяцев, или размером более 6 см в диаметре – абсолютное показание к госпитализации. Любые боли внизу живота у таких больных также показание к экстренной госпитализации.

Задача № 33

1. Кровотечение, слабость, головокружение, шум в ушах.
2. Миома матки подслизистая (субмукозная). Гиперплазия эндометрия. Метроррагия.
3. Диагноз ставится на основании анамнеза и клинических данных: три года назад была диагностирована миома матки, объективные

данные – увеличение размеров матки, обильные, длительные менструации, что характерно для подслизистой (субмукозной) миомы. Также маточное кровотечение может возникнуть вследствие развития в эндометрии гиперпластических процессов. Дополнительные методы исследования: УЗИ, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки либо подтвердят обе патологии, либо одну.

4. Определение опухолевых маркёров. УЗИ органов малого таза. Клинический анализ крови для определения анемии. Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистологическое исследование полученного материала. Консультация гинеколога для проведения и определения дальнейшей тактики лечения.
5. Дифференциальную диагностику субмукозных миоматозных узлов осуществляют с аденомиозом, патологией эндометрия, а также прерывающейся маточной беременностью, так как при данных заболеваниях имеется схожая симптоматика (метроррагия, увеличение матки).

Задача № 34

1. Кровотечение, слабость, головокружение, сильные боли внизу живота.
2. Прервавшаяся внематочная беременность.
3. Диагноз ставится на основании данных анамнеза: задержка менструации на 5 недель; клинических симптомов – внезапно возникшие боли внизу живота, слабость и головокружение, тахикардия, гипотония и обморок, что свидетельствует о внутреннем кровотечении, которое возникло при разрыве маточной трубы. Также о наличии крови в брюшной полости говорят следующие симптомы: боль иррадирует во влагалище и прямую кишку, появление кровянистых выделений из половых путей свидетельствует о прерывании беременности и начавшейся отслойке эндометрия.
4. УЗИ органов малого таза для определения отсутствия плода в полости матки, оценка состояния маточной трубы, определение наличия свободной жидкости в дугласовом кармане. Клинический анализ крови для определения анемии.
5. Подозрение на внематочную беременность – показание к немедленной госпитализации в сопровождении бригады скорой помо-

щи. Противопоказаны любые тепловые процедуры на область живота, обезболивающие средства.

Задача № 35

1. Постоянные, сильные боли в животе, которые возникли после физического напряжения.
2. Перекрут ножки опухоли яичника полный.
3. Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования: острое начало заболевания, постоянные, сильные боли в животе, которые возникли после физического напряжения, определение опухолевидного образования при пальпации правой подвздошной области. Полный перекрут опухоли яичника сопровождается клиникой «острого живота».
4. Причиной перекрута может быть наличие опухоли или опухолевидного образования яичника на ножке. Перекрут ножки опухоли иногда связан с резкими движениями, переменой положения тела, физическим напряжением.
5. При подозрении на перекрут ножки опухоли яичника больная должна быть госпитализирована в гинекологический стационар в экстренном порядке. Амбулаторное наблюдение и лечение таких больных недопустимо.

Задача № 36

1. Острый вирусный гепатит А, желтушный вариант.
2. Диагноз острого вирусного гепатита А установлен на основании эпидемиологических данных, свидетельствующих о возможности реализации фекально-орального механизма передачи инфекции, цикличности инфекционного процесса, острого начала заболевания, превалирующего гриппоподобного синдрома преджелтушного периода, короткой продолжительности преджелтушного периода и улучшения состояния пациента с наступлением желтухи. Классический желтушный вариант заболевания сформулирован с учетом наличия у пациента проявлений синдрома желтухи (изменение цвета мочи и кала, иктеричность кожных покровов, склер и слизистых оболочек).
3. Алгоритм обследования больного должен включать клинический анализ крови, клинический анализ мочи и качественные реакции мочи на желчные пигменты, биохимический анализ крови (определение содержания билирубина и ГГТП, активности АЛТ и

АСТ, показателей тимоловой пробы и МНО, протеинограмма), УЗИ органов гепатобилиарной системы, ИФА крови и ПЦР-анализ крови (индикация маркеров вирусных гепатитов).

4. Специфические маркеры острого вирусного гепатита А: анти-НА IgM (ИФА крови), РНК НАV (ПЦР-анализ крови).
5. Больной должен быть госпитализирован в инфекционный стационар по эпидемиологическим показаниям (санитарно-бытовые условия).

Задача № 37

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, среднетяжелое течение.
2. Диагноз инфекционного мононуклеоза установлен на основании наличия типичного клинического синдрома (интоксикационный синдром, полилимфаденопатия с увеличением заднешейных лимфоузлов, заложенность носа, тонзиллит, гепато- и спленомегалия) и характерных изменений гематологического профиля (лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров, увеличение СОЭ). Средняя степень тяжести заболевания сформулирована с учетом степени выраженности проявлений интоксикационного синдрома и отсутствия осложнений.
3. План специфических исследований должен включать ИФА крови и ПЦР-анализ крови с индикацией серологических и генных диагностических маркеров заболевания, а также ИФА крови с определением IgM к цитомегаловирусу и ПЦР-анализ крови с индикацией ДНК цитомегаловируса (учитывая возможную ассоциированность мононуклеозоподобного синдрома с цитомегаловирусной инфекцией), ИФА крови с определением АГ р24 ВИЧ, IgM и IgG к ВИЧ (учитывая вероятность развития мононуклеозоподобного синдрома в стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции). Диагностические маркеры инфекционного мононуклеоза в периоде разгара – анти-VCA IgM и анти-EA IgG к вирусу Эпштейна–Барр (ИФА крови) и ДНК вируса Эпштейна–Барр (ПЦР-анализ крови).
4. Пациент должен быть направлен в инфекционный стационар по клиническим показаниям (высокая лихорадка) с целью проведения комплекса патогенетической и симптоматической терапии.
5. Возможные исходы инфекционного процесса при инфекционном мононуклеозе – выздоровление, бессимптомное вирусоносительство.

ство, хроническая рецидивирующая инфекция (с синдромом комплексом хронического инфекционного мононуклеоза, генерализованная форма с поражением нервной системы, миокарда, почек и других органов и систем, ВЭБ-ассоциированный гемофагоцитарный синдром, стертые/атипичные формы ВЭБ-инфекции (длительный субфебрилитет неясного генеза, клинические проявления вторичного иммунодефицитного состояния и др.), формирование лимфопролиферативных заболеваний (назофарингеальная карцинома, лимфома Беркитта, лейкоплакия слизистой оболочки полости рта, рак желудка и кишечника и др.), развитие аутоиммунных процессов (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.).

Задача № 38

1. Грипп, среднетяжелое течение.
2. Диагноз гриппа установлен на основании характерного эпидемиологического анамнеза и наличия типичного клинического синдромокомплекса (острое начало заболевания, преобладание интоксикационного синдрома при относительно меньшей выраженности катаральных явлений, респираторный синдром преимущественно в виде трахеита и ринита). Средняя степень тяжести заболевания сформулирована с учетом степени выраженности проявлений интоксикационного синдрома и отсутствия осложнений.
3. В данной клинической ситуации необходимо проведение дифференциального диагноза с инфекционными заболеваниями, с респираторным (другие ОРВИ, цитомегаловирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, респираторный хламидиоз, респираторный микоплазмоз, бактериальный назофарингит, менингококковый назофарингит и др.) и лихорадочным (иерсиниозы, малярия, брюшной тиф, риккетсиозы и другие инфекции с гриппоподобными проявлениями в первые сутки болезни) синдромами. Основные критерии дифференциального диагноза – наличие типичных для гриппа эпидемиологической ситуации и клинического синдромокомплекса, отсутствие эпидемиологических данных и полного объема синдромокомплексов, характерных для предполагаемых заболеваний, результаты специфических исследований биообразцов в отношении гриппа и дифференцируемой патологии.

4. Пациенту показано проведение комплекса медикаментозной терапии в амбулаторных условиях (с учетом средней степени тяжести заболевания). Рекомендованы постельный режим, полноценная диета, обильное теплое питье до 1,5–2 литров в сутки, противовирусные препараты (римантадин, ингавирин, изопринозин, кагоцел или другие индукторы интерферона) и симптоматические средства (антипиретики, противокашлевые средства, сосудосуживающие назальные капли/спреи).
5. Показания к госпитализации больных при гриппе: клинические (тяжелый или осложненный вариант течения заболевания, фоновые заболевания в стадии субкомпенсации/декомпенсации, пожилой/ранний детский возраст) и эпидемиологические (санитарно-бытовые условия, наличие восприимчивых лиц в окружении источника инфекции, организованные коллективы – общежития, воинские контингенты, учреждения пенитенциарной системы, интернаты/детские дома и др.).

Задача № 39

1. Морфологический элемент сыпи – волдырь. Клинический диагноз – аллергическая крапивница средней степени тяжести.
2. Степень тяжести крапивницы оценивается по клиническим признакам: числу элементов сыпи, появившемуся за 24 часа, и интенсивности кожного зуда.
3. Экстренная госпитализация показана пациентам с тяжелой, генерализованной крапивницей. При среднетяжелой крапивнице не исключена возможность развития симптомов анафилаксии, поэтому следует оценить эффект от назначенного лечения в течение 6 часов. При положительной динамике показано дальнейшее амбулаторное лечение и плановая консультация аллерголога.
4. Пациенту показано назначение препарата из группы блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов второго поколения. Блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов имеют хорошую доказательную базу в лечении крапивницы. При этом блокаторы первого поколения имеют ряд серьезных побочных эффектов, поэтому средствами первой линии терапии являются блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов второго поколения – лоратадин, дезлоратадин, цетиризин, фексофенадин.
5. Показанием к назначению глюкокортикостероидов являются генерализованная крапивница и неэффективность блокаторов

H₁-гистаминовых рецепторов при среднетяжелой крапивнице. Стандартная схема назначения: 30–40 мг преднизолона внутрь в течение 3–10 дней.

Задача № 40

1. Подозрение на меланому левой щеки.
2. Бляшка черно-коричневого цвета, неправильных очертаний, асимметричная, с резкими фестончатыми границами. По верхнему краю возвышается над окружающей кожей.
3. Дерматологическое правило «АКОРД» представляет собой аббревиатуру признаков малигнизации образования на коже: А – асимметрия; К – края образования неровные; О – окраска образования неоднородная, два и более оттенков; Р – размер образования более 6 мм; Д – динамика (изменение во внешнем виде образования в последнее время).
4. Данного пациента необходимо направить на консультацию к онкологу.
5. Факторами риска развития меланомы являются: ультрафиолетовое излучение, невусы, мужской пол, веснушки, светлая кожа и волосы, наличие меланомы у родственников, предшествующий эпизод меланомы, иммунодефицит, пигментная ксеродерма.

Задача № 41

1. Рахит, витамин Д-дефицитный, период разгара, средняя степень тяжести, подострое течение.
2. Диагноз рахит Д-дефицитный установлен на основании жалоб больного на повышенную потливость, беспокойный сон, запоры, вздрагивание при резких звуках, данных анамнеза (ребенок не получает профилактическую дозу витамина Д, находится на искусственном вскармливании цельным коровьим молоком, ребенок от второй беременности, которая наступила в течение короткого промежутка после первых родов); установление периода болезни и степени тяжести основано на объективных данных (облысение затылка, снижение мышечного тонуса, выпирание лобных бугров, пальпируются «четки» на ребрах, деформация грудной клетки).
3. Пациенту рекомендовано: проведение общего анализа крови; биохимического анализа крови с определением уровня кальция, фосфора, щелочной фосфатазы; проведение общего анализа мочи

для оценки варианта течения рахита, проведение УЗИ внутренних органов.

4. Пациенту показаны препараты витамина Д (аквадетрим, вигантол) в дозировке 2000 МЕ в сутки на 30 дней и препараты кальция на период приема лечебной дозы витамина Д (кальций Д3-компливит, глицерофосфат кальция или глюконат кальция из расчета 50–60 мг/кг/сутки по элементарному кальцию).
5. После окончания лечения (через 30 дней) оценить повторно биохимические показатели сыворотки крови (кальций, фосфор, щелочная фосфатаза), общий анализ крови и общий анализ мочи. Пациенту назначить профилактическую дозу витамина Д (500 МЕ) 1 раз в сутки на 2 года с перерывом на летние месяцы. Перевести на адаптированную смесь и начинать вводить прикормы в соответствии с возрастом.

Задача № 42

1. Анемия железодефицитная, средней степени тяжести.
2. Диагноз железодефицитной анемии установлен на основании жалоб больного на повышенную утомляемость, бледность кожных покровов, данных анамнеза (ребенок не получает в пищу мясо, находится на вскармливании цельным коровьим молоком с 4 месяцев, не проводилась профилактика анемии в возрасте до 1 года); на основании лабораторных данных (уровень гемоглобина, эритроцитов, железа и железосвязывающей способности сыворотки крови); установление степени тяжести основано на лабораторных данных (уровней гемоглобина и эритроцитов).
3. Препараты железа в дозировке 50 мг/сутки (суточную дозу разделить на 2–3 приема). Лучше использовать формы выпуска для детей (сироп или капли).
4. Лечебную дозу пациент принимает под контролем ОАК 1 раз в 7 дней до нормализации уровня гемоглобина. Затем пациенту назначают профилактическую дозу препаратов железа (1/2 от суточной лечебной дозы) еще на 2–3 месяца, для восстановления латентного дефицита железа. Одновременно нормализуют рацион питания пациентки, вводят мясо.
5. Вскармливание коровьим молоком с 4-месячного возраста. При отсутствии грудного вскармливания ребенок должен быть переведен на адаптированные молочные смеси, соответствующие возрасту. Полностью отсутствие мяса в рационе ребенка недопу-

стимо, так как в раннем возрасте вскармливание должно быть рациональным и содержать все необходимые питательные вещества. Отсутствие врачебного наблюдения у ребенка до 4-летнего возраста. Ребенку в 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев и 12 месяцев необходимо проводить ОАК для ранней диагностики отклонений.

Задача № 43

1. Гипогалактия вторичная транзиторная (Лактационный криз).
2. Диагноз гипогалактии поставлен на основании жалоб: ребенок не выдерживает интервалов между кормлениями, с жадностью пьет воду, «хватает» грудь, на основании данных анамнеза (гипогалактия вторичная, так как у матери после рождения ребенка молока было достаточно), на основании объективных данных (плохая прибавка в массе тела – за 3 недели всего 200 граммов). Для подтверждения диагноза необходимо провести контрольное взвешивание (взвесить ребенка до кормления и после кормления) и выяснить, сколько молока ребенок съедает за одно кормление.
3. Следует увеличить число прикладываний к груди с обязательными ночными кормлениями. Нормализовать режим сна и отдыха, прием пищи не менее 5 раз в сутки, увеличить потребление жидкости на 1 литр в сутки (за 20–30 минут до кормления ребенка – теплое сладкое питье (молоко, чай). Энергетическая ценность пищи в течение суток должна быть повышена на 750–1000 ккал, обязательные продукты в рационе – молоко, кисло-молочные продукты, творог, рыба или мясо, овощи, яйца, масло, а также растительное масло, фрукты, хлеб. Рекомендуется использование лактогенных напитков – настои семян тмина, укропа, чай с душицей или мелиссой, настоем аниса, фенхеля, паста из сухих пивных дрожжей и др. Согревание груди теплым компрессом или душем, массаж шеи и спины, легкий массаж молочных желез и сосков, контрастный душ. Возможно назначение следующих препаратов: никотиновая кислота, глутаминовая кислота, апилак, поливитаминные комплексы, витамины А, Е.
4. Ребенку ежедневно оцениваем прибавку массы тела, количество мочеиспусканий за сутки. При нормализации лактации продолжаем грудное вскармливание. При сохранении гипогалактии, отсутствии прибавки массы тела, появлении синдрома «сухих пеленок» (уменьшении количества мочеиспусканий) назначаем ребенку докорм искусственной адаптированной смесью.

5. Неправильная организация сна и отдыха матери, недостаточное питание и употребление жидкости кормящей матерью, возрастные особенности возникновения лактационных кризов.

Задача № 44

1. Острая бактериальная внебольничная пневмония, нижнедолевая, правосторонняя, средней степени тяжести, неосложненное течение.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб, повышение температуры до 39,4 °С, боли в правом боку; на основании анамнеза (острое начало заболевания, возраст ребенка до 5 лет); на основании объективных данных (вынужденное положение, наблюдается отставание грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого, укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности); лабораторных данных (лейкоцитов выше 15 тыс, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм) и данных рентгенологического исследования (выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого).
3. Препаратами выбора у данного пациента являются амоксициллин либо защищенные пенициллины (амоксиклав) в дозировках не менее 50 мг/кг.
4. Профилактика направлена на повышение реактивности организма ребенка, санацию очагов хронической инфекции. Целесообразно проведение вакцинации против пневмококковой и гемофильной инфекций, ежегодная вакцинация от гриппа.
5. Снижение сатурации (SaO₂) менее 92%. Признаки дыхательной недостаточности: ЧДД более 70 в минуту для детей первого года жизни, более 50 для более старших детей, втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, одышка, апноэ, хрипящее дыхание. Выраженная дыхательная недостаточность или респираторный дистресс являются показанием к госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии стационара. Выраженная интоксикация, осложненная форма пневмонии (плеврит, пневмоторакс, отек легких, септический шок). Признаки выраженной дегидратации, отказ от еды. Дети первых 6 месяцев жизни. Дети с неблагоприятным преморбидным фоном, предрасполагающим к более тяжелому течению

пневмонии: сердечно-сосудистыми заболеваниями, патологией легких, генетическими синдромами, когнитивной патологией; иммунокомпрометированные пациенты. Дети из социально неблагополучных семей и при отсутствии условий лечения в домашних условиях. Отсутствие эффекта через 48 часов стартовой антибактериальной терапии.

Задача № 45

1. Синдром мальабсорбции. Вероятнее всего, возникновение синдрома мальабсорбции связано с генетической непереносимостью белка злаков глютена.
2. Биохимический анализ крови (снижено содержание белка, глюкозы, железа, калия, натрия, общих липидов). Серологическая диагностика – определение антиглиадиновых антител (IgA повышается в ранние сроки болезни, исчезают на фоне лечения в течение 1–2 месяцев; IgG появляются позже, сохраняются 6–12 месяцев на фоне терапии). Копрология – стеаторея (повышенная секреция с калом триглицеридов). Эндоскопическое исследование тонкой кишки – поперечная исчерченность складок. Гистологическое исследование – атрофия, уплощение эпителия, углубление крипт.
3. I прикорм – сроки введения – 4,5–5 месяцев при естественном вскармливании (4–4,5 месяца при искусственном вскармливании). В качестве первого прикорма используется овощное пюре (кабачки, цветная капуста), пюре должно быть монокомпонентным, потом постепенно переходят к смеси овощей, прикорм замещает одно кормление. II прикорм – сроки введения – 5,5–6,5 месяцев при естественном вскармливании (5–5,5 месяца при искусственном вскармливании – через 4 недели после введения первого прикорма). Молочные безглютеновые каши, прикорм замещает еще одно кормление. III прикорм – срок введения – 7,5–8 месяцев при естественном вскармливании (7–7,5 месяца при искусственном вскармливании). Цельное коровье молоко, кефир, кисломолочная смесь.
4. До года ребенку не рекомендуют вводить в качестве прикорма манную кашу, овсяную кашу не ранее 6–7-месячного возраста.
5. Аглютеновая диета (пожизненная, строгая) – исключить все злаки, кроме риса, гречки, кукурузы, а также другие продукты (колбаса, сосиски). Коррекция коллоидно-осмотического давления плазмы и ликвидация гемодинамических нарушений (вливание

плазмы, альбумина, протеинов. Системные глюкокортикостероиды до 6 недель (преднизолон). Коррекция дисбактериоза (антимикробные препараты, пробиотики, пребиотики). Адсорбенты, нейтрализующие органические кислоты. Симптоматические антидиарейные средства (белая глина, билигнин, антациды с висмутом).

Задача № 46

1. Меню на сутки: 7.00 – адаптированная искусственная смесь 180 мл; 11.00 – гречневая каша 150 мл, яблочное пюре 30 г; 13.00 – овощное пюре (кабачок, цветная капуста) 150 мл, мясное пюре (индейка или говядина) 30 г; 17.00 – адаптированная искусственная смесь 180 мл; 21.00 – адаптированная искусственная смесь 180 мл.
2. I прикорм – сроки ведения 4,5–5 месяцев при естественном вскармливании (4–4,5 месяца при искусственном вскармливании). В качестве первого прикорма используется овощное пюре (кабачки, цветная капуста), пюре должно быть монокомпонентным, потом постепенно переходят к смеси овощей, прикорм замещает одно кормление. II прикорм – сроки введения 5,5–6,5 месяца при естественном вскармливании (5–5,5 месяца при искусственном вскармливании – через 4 недели после введения первого прикорма). Молочные безглютеновые каши, прикорм замещает еще одно кормление. III прикорм – срок введения 7,5–8 месяцев при естественном вскармливании (7–7,5 месяца при искусственном вскармливании). Цельное коровье молоко, кефир, кисломолочная смесь.
3. Нормальная прибавка массы тела, хороший аппетит, хороший эмоциональный тонус, нормальный стул, нормальная копрограмма.
4. Прикорм дается перед кормлением грудью. Прикорм вводится постепенно, начиная с 1–2 чайных ложек, заменяя им полностью одно кормление в течение 7–10 дней. Переход к новому прикорму возможен только после того, как ребенок привыкнет к предыдущему (обычно через 10–14 дней). Блюда прикорма должны быть полужидкими, хорошо протертыми, гомогенными, чтобы не вызывать затруднений при глотании, по мере роста ребенка следует переходить к более густой пище, приучая ребенка к жеванию. Любой прикорм требует введения дополнений (по

белку 0,5 г/кг массы тела на каждый новый прикорм), для чего используют творог, желток, мясной фарш и др.

5. Смеси адаптированные и неадаптированные. Сухие и жидкие. Пресные и кисломолочные. Для детей от 0 до 6 месяцев, от 6 до 12 месяцев, старше 12 месяцев. Начальные смеси (от 0 до 6 месяцев) количество белка составляет 1,4–1,7 г/100 мл и 50–60% – сывороточные белки. Последующие смеси (от 6 до 12 месяцев) количество белка составляет 1,8–2,2 г/100 мл и соотношение казеина и сывороточных белков – 80:20, более высокое содержание Fe, Ca, P.

Задача № 47

1. Острое респираторное заболевание: ринофарингит, обструктивный бронхит.
2. Воспалительная инфильтрация слизистой оболочки дыхательных путей. Отек слизистой оболочки. Дискинезия с явлениями гиперпродукции и скопления секрета в дыхательных путях (мукостаз). Спазм гладкой мускулатуры бронхов. Сдавление извне увеличенными внутригрудными лимфоузлами.
3. Чрезвычайно высокая реактивность слизистой оболочки бронхов. Узость, податливость бронхов. Физиологическая незрелость мукоцилиарного комплекса.
4. Бронхорасширяющие препараты: беродуал (фенотерол + ипратропиум бромид): до 6 лет 0,5 мл (10 капель) на ингаляцию 3 раза в день через небулайзер. Ингаляционные глюкокортикостероиды: пульмикорт (будесонид) 0,25–0,5 мг/сут через небулайзер 2 раза в день.
5. Меню на сутки: 7.00 – адаптированная искусственная смесь 180 мл, 11.00 – гречневая каша 150 мл, яблочное пюре 30 г, 13.00 – овощное пюре (кабачок, цветная капуста) 150 мл, мясное пюре (индейка или говядина) 30 г, 17.00 – адаптированная искусственная смесь 180 мл, 21.00 – адаптированная искусственная смесь 180 мл.

Задача № 48

1. Острое респираторное заболевание: ринофарингит, острый бронхит.
2. Вирусы: РСВ, риновирус, грипп, парагрипп, аденовирус, коронавирус, метапневмовирусы, бокавирусы. Около 10% бронхитов у

детей старше 5 лет, особенно в осенний период, связаны с инфекцией *Mycoplasma pneumoniae*. *Chlamydia trachomatis* может вызывать бронхит у детей первых месяцев жизни, *Chlamydia pneumoniae* – у подростков. Реже бактериальная этиология может быть обусловлена *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

3. Тяжелые бронхиты бактериальной этиологии, бронхиты с выраженными проявлениями интоксикации. Осложненные варианты бронхитов – с выраженными проявлениями мукостаза, нарушением проходимости бронхов, формированием ателектазов. Социальные показания. Бронхиты, протекающие на фоне тяжелых хронических заболеваний. Дети первого года жизни, так как повышен риск развития осложнений в виде пневмонии.
4. Обильное питье (теплое питье) до 100 мл/кг в сутки. Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции. Противовирусные препараты при симптомах гриппа с острой респираторной инфекцией (острым назофарингитом). Муколитические и отхаркивающие средства при вязкой, трудно отделяемой мокроте (амброксол) либо секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей (ацетилцистеин).
5. Чрезвычайно высокая реактивность слизистой оболочки бронхов. Узость, податливость бронхов. Физиологическая незрелость мукоцилиарного комплекса. Функциональная несостоятельность кашлевого рефлекса.

Задача № 49

1. Острое респираторное заболевание: ринофарингит, острый стенозирующий ларинготрахеит, I степень (стадия компенсации).
2. Наиболее частыми возбудителями являются респираторные вирусы: вирус парагриппа, вирус гриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, энтеровирусы; редко – *Mycoplasma pneumoniae*.
3. Все дети с диагнозом стенозирующий ларинготрахеит должны быть госпитализированы в стационар. При появлении клинических симптомов стеноза гортани III степени (осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной

клетки, бледность, акроцианоз) ребенок должен быть госпитализирован в отделение реанимации и проведена интубация.

4. Согласно международному консенсусу, основа лечения вирусных стенозов гортани составляют ГКС в ингаляциях: суспензия будесонида через небулайзер в дозировке 500–1000 мкг на 1 ингаляцию. Эта терапия показана детям с крупом 0–I степени. Дексаметазон 0,6 мг/кг в/м – вводится детям со стенозом II степени или при неэффективности будесонида, а также детям младшего возраста при невозможности адекватного проведения ингаляции или чрезмерном беспокойстве ребенка при попытке ингаляции. При отсутствии дексаметазона пациенту может быть назначен преднизолон в эквивалентной дозировке (1 мг преднизолона соответствует 0,15 мг дексаметазона). Ингаляции эпинефрина (адреналина) проводят каждые 15–20 минут по 0,5 мл/кг (раствор 1 мг/1 мл) на одну ингаляцию (максимум 5 мл) 1 – развести в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида – не более трех ингаляций.
5. I стадия (компенсации) – осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка. II стадия (неполной компенсации) – осиплость, грубый навязчивый кашель, выраженная одышка, возбуждение, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, тахикардия. III стадия (декомпенсации) – осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз. IV стадия (терминальная, асфиксия) – сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца.

Задача № 50

1. Атопический дерматит, младенческий период, эритематозно-сквамозная форма, легкой степени тяжести, обострение.
2. Диагноз выставлен на основании жалоб (на высыпания, расчесы на коже щек, верхних и нижних конечностей), на основании анамнеза (семейный аллергоанамнез отягощен, у ребенка периодически появляются данные симптомы при нарушении диеты матерью или самим ребенком), на основании объективных данных

(характер и локализация высыпаний, сухость кожных покровов, отсутствие участков мокнутия свидетельствуют об эритематозно-сквамозной форме, а возраст ребенка – о младенческом периоде заболевания).

3. Общий анализ крови (оценка уровня эозинофилов и исключение воспаления другой этиологии), определение уровня общего иммуноглобулина Е, определение специфических иммуноглобулинов Е к пищевым аллергенам, консультация аллерголога-иммунолога.
4. Элиминация специфических и неспецифических триггерных факторов (диетотерапия и контроль за окружающей больного средой). Уход за кожей (устранение сухости и восстановление поврежденного липидного слоя). Наружная терапия. Системная фармакотерапия. Аллергенспецифическая иммунотерапия. Терапевтическая коррекция нарушений со стороны пищеварительного тракта (ферменты, энтеросорбенты, коррекция дисбиотических нарушений). Образовательные программы для членов семьи и самих пациентов.
5. Препараты первого поколения: фенистил (капли для приема внутрь от 1 месяца до 1 года – по 3–10 капель), супрастин. Препараты второго поколения: зиртек (цетиризин) капли от 6 месяцев до 1 года – по 5 капель 1 раз/сут.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ

1. Акушерство : учебник для студентов медицинских вузов / Г.М. Савельева [и др.] – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 656 с.
2. Внутренние болезни: учебник в 2-х томах / ред. В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. – 3-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 960 с.
3. Поликлиническая терапия: учебник / Г.И. Сторожаков, И.И. Чукаева, А.А. Александров. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.
4. Хирургические болезни: учебник с приложением на компакт-диске : в 2-х томах / под ред. В.С. Савельевой, А.И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни / Н.П. Шабалов. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 935 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Общая врачебная практика по Джону Нобелю : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : в 4 кн. Кн. 1. : Основы общей врачебной практики. Частные синдромы. Инфекционные болезни. Гинекологические болезни : пер. с англ. / ред. Дж. Нобель [и др.]. – М. : Практика, 2005 – 416 с.
2. Общая врачебная практика по Джону Нобелю : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : в 4 кн. : Кн. 2. : Психические расстройства. Болезни сердца и сосудов. Болезни органов дыхания. Кожные болезни. Эндокринные болезни. пер. с англ. / ред. Дж. Нобель [и др.]. – М. : Практика, 2005 – 504 с.
3. Общая врачебная практика по Джону Нобелю : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : в 4 кн. Кн. 3. : Болезни желудочно-кишечного тракта. Гематологические и онкологические болезни. Болезни опорно-двигательного аппарата: пер. с англ. / ред. Дж. Нобель [и др.]. – М. : Практика, 2005 – 424 с.
4. Общая врачебная практика по Джону Нобелю : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : в 4 кн. Кн. 4. : Болезни почек. Болезни мочевых путей и половых органов. Нервные болезни. Болезни глаз. Болезни уха, горла, носа: пер. с англ. / ред. Дж. Нобель [и др.]. – М. : Практика, 2005 – 480 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	7
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	43
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	91

Учебное издание

Авторы:

**Кобякова Ольга Сергеевна, Немеров Евгений Владимирович
Захарова Ирина Витальевна, Загროмова Татьяна Александровна
Балаганская Марина Андреевна, Старовойтова Елена Александровна
Калачева Татьяна Петровна, Кириллова Наталья Александровна
Гладилина Елена Константиновна, Куликов Евгений Сергеевич
Федосенко Сергей Вячеславович**

**ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)
СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ
И ДРУГИМ ЧАСТНЫМ ВОПРОСАМ**

Учебное пособие

для ординаторов и врачей,
обучающихся по специальности
«Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Редактор Зеленская И.А.
Технический редактор О.В. Коломийцева
Обложка И.Г. Забоенкова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(3822) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 03.05.2018 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 6,6. Авт. л. 3,9.
Тираж 150 экз. Заказ №

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru